

## DESCRIPCIÓN DIMENSIONAL DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE FIBROMIALGIA

**Ximena De Laire, Alejandra Rodríguez & Jorge Rodríguez**  
*Universidad del Desarrollo / Chile*

**Referencia Recomendada:** De Laire, X., Rodríguez, A., & Rodríguez, J. (2012). Descripción dimensional de rasgos de personalidad en mujeres con diagnóstico médico de fibromialgia. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 15 - 35.

**Resumen:** La fibromialgia es una enfermedad psicosomática de etiología desconocida, caracterizada por un estado doloroso crónico generalizado a nivel musculoesquelético, con presencia de puntos anatómicos dolorosos, rigidez, fatiga, trastornos del sueño, y cansancio generalizado, la cual padecen principalmente mujeres de edad media. La escasa evidencia empírica sobre patología orgánica, la importancia del dolor como síntoma en el diagnóstico, y su implicancia en la esfera afectiva, hacen de la fibromialgia una entidad compleja que ha llevado a dirigir las investigaciones a los factores psicológicos que mantienen el síndrome. No obstante, pocos estudios han examinado los rasgos de personalidad de los pacientes que presentan fibromialgia, y los resultados no han sido concluyentes. La presente investigación tuvo por objetivo describir los rasgos de personalidad, la presencia de alexitimia y la expresión de la ira, en un grupo de 30 mujeres con diagnóstico médico de fibromialgia. Se utilizó el Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF, la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Inventario de expresión de Ira (STAXI-2). Los resultados muestran puntuaciones significativamente altas en 4 de 16 factores de personalidad: Dominancia, Sensibilidad, Autosuficiencia y Tensión. El rasgo de alexitimia puntúo ausente en un significativo porcentaje de la muestra, lo que no condice con la teoría de los pacientes psicosomáticos. Finalmente, el rasgo de ira aparece con un puntaje normal, sin embargo, frente a los sentimientos de ira, dichas pacientes, tienden a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente.

**Palabras Clave:** Fibromialgia, Personalidad Psicosomática, Rasgos de Personalidad, Alexitimia, Ira.

Recibido: 22/03/2012      Aprobado: 11/09/2012

**Ximena De Laire.** Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Correos electrónicos: [ximenadelaire@gmail.com](mailto:ximenadelaire@gmail.com), [vdelairef@udd.cl](mailto:vdelairef@udd.cl)

**Alejandra Rodríguez.** Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Correo electrónico: [arodrigueza@centropsicosomatica.cl](mailto:arodrigueza@centropsicosomatica.cl)

**Jorge Rodríguez.** Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Correo electrónico: [jrodrigu@med.uchile.cl](mailto:jrodrigu@med.uchile.cl)

En los últimos años los trastornos psicósomáticos han adquirido especial relevancia en el desarrollo de la Psicología Clínica, tanto por el aumento vertiginoso de las consultas en que se constata su presencia (Yaski & Rojo, 1994), como por la trascendencia social y gran repercusión psicopatológica (Martínez, González & Crespo, 2003). Entre ellas destaca la fibromialgia, enfermedad reumatológica de etiología desconocida, cuyo criterio diagnóstico es eminentemente clínico, según lo indicó en 1990 el Colegio Americano de Reumatología. Se caracteriza por un estado doloroso crónico generalizado a nivel musculoesquelético, con presencia de puntos anatómicos dolorosos definidos, rigidez, fatiga, trastornos del sueño, y cansancio generalizado (Wolfe, Smytle & Yunus, 1990). Se estima que la FM tiene una prevalencia en la población general entre el 2% y 5%, siendo un 80 a 90 % de los afectados, mujeres, y usualmente en la madurez, entre los 30 a 50 años, aunque puede presentarse a cualquier edad incluyendo la niñez y la vejez (Villanueva y cols., 2004; White et al., 1999).

En EE.UU., se describe una prevalencia entre 0,7% a 13% para las mujeres, y de 0,2 a 3,9% para los hombres (Jaque, Miranda, Pérez de Arce & cols., 2007). Según el estudio EPISER acerca de la población española se estima una prevalencia de 2,7%: 4,2% para el sexo femenino y 0,2% para el masculino, considerando la manifestación prioritaria el dolor músculo esquelético (Valverde, 2000). Este predominio del sexo femenino se mantiene aún en el grupo infantil (Clark, 2001).

La ausencia de datos clínicos sobre patología orgánica demostrada la importancia del dolor como síntoma en el diagnóstico de la fibromialgia, y su implicancia en la esfera afectiva, hacen de ella una entidad compleja que ha llevado a dirigir las investigaciones a los factores psicológicos en el mantenimiento del síndrome (Martínez y cols., 2003). En los últimos años se han publicado numerosos estudios acerca de los síntomas asociados a la fibromialgia, como insomnio, cansancio extremo, ansiedad o depresión. No obstante, pocos estudios han examinado los rasgos de personalidad de las pacientes que presentan fibromialgia, y los resultados no son concluyentes.

La investigación en fibromialgia empieza a crecer a partir de la década de los años noventa y desde entonces ha sido dominada casi de manera hegemónica por el paradigma cuantitativo. El interés fundamental se ha centrado en la búsqueda de causalidad (Merayo, 2007), la relación entre diferentes variables y grupos poblacionales, y la descripción de variables sociodemográficas; que han aportado en gran medida al reconocimiento de las condiciones generales de este grupo. El panorama de la investigación en Chile, no es muy distinto. Existen pocos estudios (Torres y cols., 2006; Urrutia y cols., 2003) con un enfoque médico y ninguno que considere los rasgos de personalidad del paciente fibromiálgico. Los estudios internacionales en general asocian la fibromialgia con distintos síntomas y síndromes afectivos, como son; depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias, trastornos de pánico y a una

mayor prevalencia de vulnerabilidad psicológica (Alexander et al., 1998, Dobkin et al., 2003 en Vidal y Reyes, 2006; Martínez y cols., 2003; Nicassio y cols., 2002; Wolfe et al., 1990).

Se incluyen también, las cefaleas tensionales, distrés psicológicos con elevada asociación de ansiedad, alteraciones del humor y cuadros distímicos (Jaque y cols., 2007; Landro et al., 1997). Uno de los síntomas clínicos relevantes de la FM es el dolor crónico generalizado en zonas musculoesqueléticas, su prevalencia es del 100% en las pacientes, y este tiene un componente afectivo irreductible. Es así como algunas investigaciones correlacionan el dolor con la fatiga, problemas de sueño y depresión (De Gracia y cols., 2001). Se agrega al cuadro clínico lo que para Affleck (1998) son las secuelas de las alteraciones del sueño en estos pacientes, estas incluyen la dificultad para realizar trabajos cognitivos, estados emocionales negativos, alto nivel de cansancio y aumento de la percepción del dolor. Agravándose el dolor con el estrés, la afectividad negativa, los trastornos del sueño y las estrategias de afrontamiento (Nicassio & cols., 2002; Wolfe y cols., 1996 en Martínez y cols., 2003). Se han encontrado puntuaciones más elevadas de estrés postraumático en los pacientes con FM, como también la medida de ansiedad-rasgo como referente de estrés, se encuentra en niveles que pueden ser catalogados como patológicos (Merayo et al., 2007; Martín y cols., 2000). Mediante observación clínica, un grupo de investigadores observaron que las pacientes con FM manifestaban ciertas características comunes, como ser exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, morales, responsables y meticulosos en todos los aspectos de su vida (Ballina y cols., 1995).

Otros estudios indican en los pacientes con FM, un índice neurótico significativo, autoimagen débil e índice de psicoticismo elevado, estos evaluados a través del MMPI y otras escalas similares (Eysenck, 1968 en Hernández, 1997), como también presentaban una puntuación elevada para depresión, hipocondriasis e histeria (Martínez y cols., 2003). Se han estudiado factores psicosociales que pudiesen influir en la FM, como los abusos sexuales y/o eventos traumáticos. No parece que el antecedente de dichos abusos sea un factor específico para la etiología de la FM, pero sí que existe una mayor prevalencia de abusos en estas pacientes. Así lo señalan Hasset y cols., (2000); Imbierowicz y Egle (2003); Taylor, Trotter y Csuka (1995); Alexander et al., (1998); Boisset-Pioro, 1995 en Moreno y Montaña (2000), quienes observaron en pacientes FM mayores eventos traumáticos infantiles; crueldad física por parte de los padres, abuso sexual, relación paterno-filial descrita como pobre y carente de expresión afectiva física. Como también, en un estudio realizado por Alexander (1998) y su equipo de investigación, quienes observaron que el 57% de las mujeres que padecían FM referían historias de abuso sexual y/o físico. Concluyeron que la incidencia de FM en mujeres que han sufrido abusos quintuplica al resto de las mujeres del mismo grupo social (muestra seleccionada en niveles de renta más deprimida y niveles educacionales bajos, en España). La psicóloga española Asunción González, reveló que las malas experiencias infantiles en las mujeres afectadas por FM, están asociadas a violencia física, psíquica y sexual. La mala salud

de los padres, el abandono, el rechazo y el desprecio en la infancia demostraron ser los antecedentes más frecuentes de la presencia de síndromes de dolores crónicos en la adultez (Ortiz, 2003).

Algunas investigaciones se enfocan en el tratamiento psicológico de la FM, a través de la terapia cognitiva-conductual, preferentemente. Esta permite modular los pensamientos disfuncionales del sujeto y recuperar la sensación de control de su vida, basándose en la relajación, reforzamiento de patrones saludables de comportamiento y manejo de situaciones estresantes (Martínez y cols., 2003; Jaque y cols., 2007; Martín y cols., 2000). En ninguna de las publicaciones encontradas, se abordan los rasgos de personalidad, la alexitimia e ira en pacientes con fibromialgia.

Debido a lo anterior y producto de la escasa evidencia empírica que relaciona la fibromialgia y los rasgos de personalidad, en la presente investigación se pretende conocer desde un análisis descriptivo-dimensional, cuáles serían los rasgos de personalidad predominantes en mujeres con diagnóstico de fibromialgia.

Para investigar este aspecto utilizaremos el Cuestionario factorial de Personalidad 16 PF el cual evalúa 16 rasgos normales de personalidad en forma independiente. Además, profundizaremos en el estudio de un rasgo que se sabe característico en los pacientes psicósomáticos; la alexitimia, entendida ésta como la dificultad para expresar los estados afectivos con palabras (Sifneos, 1973 en Sivak, 1997). La relación entre alexitimia y psicósomática ha sido ampliamente estudiada, el interés de esta investigación es más bien confirmar esta relación. En este caso la pregunta del estudio apunta a que si esta incapacidad o dificultad de verbalizar los afectos y de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales (Sivak, 1997), estaría presente o ausente en las pacientes fibromiálgicas. Para esto utilizaremos la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

Conjuntamente se medirá si la irritabilidad o ira está presente en estos pacientes como un rasgo, entendida para algunos autores como la disposición a experimentar sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación, furia, en respuesta a diferentes eventos de forma más o menos frecuente y/o intensa, ya sea por percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras, por predisposición a experimentar elevaciones más intensas o interacciones de ambos (Spielberger, 2001). A partir de esta definición se pregunta si existiría la presencia de ira, control y/o expresión de esta, en las pacientes fibromiálgicas. Para ello utilizaremos el Inventario de Expresión de Ira, Estado - Rasgo (STAXI-2).

El valor de explorar los rasgos predominantes de personalidad, la alexitimia y la ira en mujeres fibromiálgicas es fundamental, porque va a determinar el manejo, el tipo de terapia, la evolución y el pronóstico de la enfermedad en estas pacientes. El tomar conocimiento de ellos

facilita el cómo introducirse en el mundo interno y afectivo de la persona, con la finalidad de darle la importancia que merece el hablar de las emociones, del propio cuerpo y a hacer consciente lo inconsciente a través de la simbolización.

Uno de los aportes en este estudio es el de ser una investigación empírica, por lo tanto los resultados que de él se derivan se basan en situaciones reales y no solo producto de la teoría. Nuestra intención es que la presente investigación sea un aporte a la psicología clínica, en cuanto al mayor conocimiento de los rasgos de personalidad predominantes en pacientes con fibromialgia, enfermedad reconocida como psicósomática, en pos de una mejor intervención psicoterapéutica. La evaluación de personalidad como factor subyacente a cualquier enfermedad mental, física y/o psicósomática es fundamental y determinante para la evolución y pronóstico de la enfermedad. Es por ello que nuestra investigación intentará buscar la relación entre la personalidad y la enfermedad psicósomática, en tanto describir en mujeres diagnosticadas con fibromialgia los rasgos predominantes en su personalidad.

## **Método**

La presente investigación fue de carácter descriptivo y exploratorio, con un diseño transversal no experimental.

### **Participantes**

Las participantes que constituyeron la muestra fueron mujeres desde 30 años, con diagnóstico médico de fibromialgia, atendidas en clínicas privadas, residentes de la ciudad de Santiago de Chile.

Los criterios de exclusión de la muestra; fueron todas las mujeres con nacionalidad extranjera y/o aquellas que presentaban diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, depresión mayor y/o trastorno de ansiedad.

La estrategia de muestreo, fue por conveniencia, ya que la obtención de la muestra dependió de la disposición de las mujeres que deseaban participar en el estudio. Se esperaba obtener una muestra total de a lo menos 30 mujeres diagnosticadas médicamente con fibromialgia. La muestra para esta investigación fue facilitada por médicos reumatólogos de la Unidad de Reumatología de la Clínica Alemana de Santiago de Chile, los cuales invitaron a participar a sus pacientes, para que posteriormente fueran contactadas por la investigadora responsable de dicho estudio.

## Instrumentos

### *Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF*

Es un autoinventario que tiene por objeto evaluar dimensiones normales de la personalidad. Fue construido por Raymond Cattell en 1949, quien mediante diversos procesos de análisis factorial, obtuvo 16 rasgos o factores básicos, sistematizados como escalas, que miden las dimensiones más fundamentales de la personalidad del adulto e intentan comprender sus características. Además hay una escala de distorsión motivacional, que indica si el sujeto se está mostrando mejor o peor de lo que es (Cattell y Schuerger, 2003).

La aplicación del test puede ser individual y colectiva, se aplica desde los 16 años en adelante. Existen cinco formas del 16 PF: A, B, C, D y E, todas miden los mismos factores y dan cuenta de la misma información, y lo que varía entre ellas es el tiempo requerido para administrar la prueba y el nivel de lectura del evaluado. La forma C es la más usada en Chile, consta de 105 ítems, que el evaluado responde escogiendo entre tres alternativas. Su tiempo de realización es de 30 a 40 minutos aproximadamente. La interpretación de los resultados se hace en función de los decatipos obtenidos por el sujeto en cada uno de los factores primarios básicos, los cuales entregan una categoría de resultado: Alto, medio, bajo. Frente a cada puntuación de cada factor primario existe una definición e interpretación de ésta (Cattell & Schuerger, 2003).

En relación con la Confiabilidad, las investigaciones con el método de test-retest señalan coeficientes de correlación relativamente similares tanto en los estudios norteamericanos como españoles. Los resultados oscilan en relación con los factores primarios entre 0,69 para el factor B y 0,87 para el factor H. Con respecto a los factores de segundo orden los coeficientes mayores se obtienen para el factor Extraversión y que corresponde a 0,91 y los más bajos, de 0,84 para los factores Ansiedad e Independencia. Midiendo la Confiabilidad a través del método de consistencia interna, aplicando alfa de Cronbach se ha observado que esta alcanza a 0,87 para el factor H, que es el valor más alto y a 0,68 para los factores E y Q1, que es el valor más bajo (Cattell y Schuerger, 2003). De acuerdo a las investigaciones sistematizadas por Nuñez y Alemán, tanto la validez de constructo, como la validez de criterio han sido ampliamente demostradas en el ámbito internacional (Nuñez y Alemán, 2002 en Riquelme y Oksenberg, 2003). En Chile no existe aún validación ni adaptación del instrumento, sin embargo, es ampliamente utilizado en el ámbito clínico, especialmente en el área laboral.

### *Escala de Alexitimia de Toronto. TAS - 20*

Es un cuestionario autoadministrado desarrollado por Bagby, Parker y Taylor en 1994. Consta de 20 preguntas con seis posibilidades de respuesta, que van desde "muy en desacuerdo"

hasta "muy de acuerdo" y que se puntúan entre 0 y 5. Es de administración individual o colectiva. Su tiempo de realización es entre 10 a 15 minutos. Se aplica a adolescentes y adultos. El rango de posibles resultados es 0 - 100. Los autores indicaron las siguientes puntuaciones para interpretar los resultados: < = 51 Ausencia de alexitimia. Entre 52 y 60 Posible alexitimia. > = 61 Alexitimia (indican la existencia de dificultad para identificar y expresar sentimientos).

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) ha sido validada en diversos entornos culturales, sin embargo, en Chile no ha sido validado a pesar de ser ampliamente utilizado en el ámbito clínico. En el caso español existen dos estudios de validación, habiéndose tomado la traducción del cuestionario que se usará en esta investigación, por Moral de la Rubia y Retamales (2000).

En la validación española la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. Es un instrumento más específico (95%) que sensible (78%), lo que sugiere su mayor capacidad para detectar la ausencia de rasgo que su presencia.

#### *Inventario de Expresión de Ira. STAXI - 2*

Este instrumento fue creado por Spielberger en 1999 en USA, y posteriormente adaptado en España por Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger en el año 2001. Esta adaptación es la que se utilizará en este estudio, dado que en Chile el inventario no ha sido adaptado ni validado.

Cabe señalar, que el instrumento es utilizado con frecuencia en el ámbito clínico. Su administración es individual o colectiva. Su tiempo de realización es entre 10 a 15 minutos. Se aplica a adolescentes y adultos. Se presenta en la forma de autoinventario con 49 ítems. Consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de Ira (IEI) que ofrece una medida general de la Expresión y Control de Ira. Tres subescalas de la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión Física. Dos subescalas de la escala de Rasgo: Temperamento de Ira y Reacciones de Ira. La interpretación de los resultados se hace en función de la información que ofrecen las puntuaciones centiles. Los centiles informan de manera precisa de cómo se compara un sujeto con otros en una muestra normativa determinada (Spielberger, 2001).

#### **Procedimiento**

En primera instancia se hizo una presentación en la Unidad de Reumatología de la Clínica Alemana de Santiago de Chile (constituida por siete médicos reumatólogos), para interiorizarlos de los alcances del estudio, señalándoles la base teórica de este, los objetivos,

la metodología y los requisitos que debía cumplir la muestra. Luego de efectuado el análisis por parte de los integrantes de la unidad, se hizo entrega del Proyecto de Investigación según formato de la institución, a la Comisión de Investigación de la Clínica Alemana (CAS).

Posteriormente, habiendo aprobado la referida Comisión el proyecto, este fue enviado al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina - Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, el cual aprobó la ejecución del proyecto. Paralelamente, se procedió al proceso de capacitación para la ejecución e interpretación de los Test: Cuestionario 16 PF, Toronto-TAS y STAXI-2, que les serían aplicados a cada una de las pacientes que constituirían la muestra. Una vez aprobado el estudio, los médicos comenzaron paulatinamente a invitar a sus pacientes con diagnóstico de FM a participar en la investigación. Luego que la paciente accedía, entonces se procedía a tomar contacto telefónico con cada una de ellas para explicarles los alcances de su participación en el estudio, indicándoles sobre la condición de anonimato de su participación y la confidencialidad de los resultados que se obtendrían. Finalmente, en la medida que los médicos procedían a derivar las pacientes, estas iban siendo citadas de forma secuencial, acordando día, hora y lugar para la aplicación de los test.

La información de cada paciente y la obtenida a partir de la aplicación de los test fueron ingresadas en la base de datos del estudio. La última etapa de esta investigación, consistió en una reunión de devolución, con todas aquellas pacientes que estaban interesadas en participar de manera colectiva en la misma, para hacer entrega de los resultados generales obtenidos en la presente investigación.

### **Aspectos Éticos**

Se realizó el compromiso de resguardar el bienestar y los derechos como persona participante en una investigación científica. Se obtuvo el Consentimiento Informado de cada paciente, en donde se manifiesta en forma expresa y por escrito su participación voluntaria, el anonimato de su participación y la confidencialidad de los resultados obtenidos.

### **Resultados**

La muestra quedó constituida por 30 pacientes diagnosticadas médicamente con Fibromialgia con una edad promedio de 51,1 años, y con un rango de variación entre 31 a 62 años de edad, donde el 50% de las pacientes tiene a lo más 53 años.

Con respecto al estado civil, el 70% de ellas son casadas, el 20% separadas, el 6,7% viudas y el 3,3% restante soltera. En promedio tienen 2,6 hijos cada una, con un mínimo de 0 y un máximo de 5 hijos. El nivel educacional de las pacientes es de 36,6% Técnico, 43,3 Universitaria y el 20,0% restante no concluyó sus estudios. Actualmente la actividad laboral de dichas pacientes

se distribuyen de la siguiente manera: el 39,6% empleadas en empresas privadas, el 26,4% empresarias, el 19,8% como dueñas de casa, el 6,6% comerciantes y el porcentaje restante en trabajo independiente y jubilada. Lo que se traduce en que el 76,9% trabaja remuneradamente, el 19,8% como dueña de casa y solo una persona se encuentra jubilada recientemente.

### *1.- Rasgos de Personalidad*

Los rasgos de personalidad evaluados a través del Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF, se presentaron de la siguiente manera:

Afabilidad: El 26,7% de las pacientes tiende a ser reservada, alejada de los demás, crítica, fría, minuciosa, precisa y desapasionada, el 6,7% tiende a ser abierta, afectuosa, cálida, tolerante, generosa, cooperativa, abierta y afable. El 66,6% restante tiende a ajustarse emocionalmente frente a una situación interaccional.

Razonamiento: El 13,3% de las pacientes posee una inteligencia bajo el promedio, 16,7% posee una inteligencia sobre el promedio y el 70% restante tiene una inteligencia promedio.

Estabilidad Emocional: El 43,3% de las pacientes tiende a ser inestable emocionalmente, afectada por los sentimientos, turbable, tiende a presentar poca tolerancia a la frustración, el 6,7% tiende a ser emocionalmente estable, realista, calmada, serena, objetiva, y el 50% restante tiende a presentar cierta capacidad de adaptación emocional frente a las demandas del entorno, a problemas cotidianos y sus retos.

Dominancia: El 13,3% de las pacientes tiende a ser sumisa, a ceder ante los demás, a ser dócil, y a conformarse, el 46,7% tiende a ser dominante, de mentalidad independiente, competitiva, obstinada, autorregulada, extrapunitiva y dogmática, y el 40% restante presenta una tendencia media entre la dominancia y la sumisión según la situación interaccional.

Animación: El 30% de las pacientes tiende a ser sobria, prudente, reprimida, reticente e introspectiva, el 20% tiende a ser impulsiva, apasionada, activa, franca, expresiva y descuidada, y el 50% restante tiende a tener un impulso moderado frente a la acción según circunstancia y contexto.

Atención de las Normas: El 6,7% de las pacientes tiende a ser despreocupada, a evitar las normas e inestable en sus propósitos, el 26,7% tiende a ser escrupulosa, de carácter exigente, dominada por el sentido del deber, perseverante, responsable, organizada, y el 66,6% restante tiende a atender a las normas y a las responsabilidades de manera flexible.

Atrevimiento: El 16,7% de las pacientes tiende a ser cohibida, tímida, alejada, cautelosa, y retraída, el 26,7% tiende a ser emprendedora, sociable, atrevida, espontánea y atrevida, y el 56,6% restante presenta una tendencia a asumir riesgos de manera equilibrada.

Sensibilidad: Ninguna de las pacientes presenta tendencia a una sensibilidad endurecida, templada, capaz de sobreponerse, consistente y poco sentimental, el 63,3% de las pacientes presenta tendencia a una sensibilidad blanda, con tendencia a dejarse afectar por los sentimientos, impresionable, sensible, benevolente y agradable, y el 36,7% presenta una tendencia al equilibrio frente a la sensibilidad emocional.

Susplicacia: El 6,7% de las pacientes tiende a ser confiable, adaptable, animosa, no competitiva ni celosa, interesada por los demás, el 43,3% tiende a ser suspicaz, desconfiada y ambigua, el 50% restante tiende a confiar en los motivos e intenciones de los demás de manera equilibrada según las circunstancias y el contexto.

Abstracción: El 3,3% de las pacientes tiende a ser práctica, cuidadosa, convencional, formal y correcta, el 26,7% tiende a ser imaginativa, creadora, despreocupada de lo cotidiano, centrada en sus necesidades íntimas, y el 70% restante tiende a tener un contacto mesurado con la realidad y sus propias necesidades.

Privacidad: El 10% de las pacientes tiende a ser espontánea, franca, natural, sencilla y sentimental, el 40% tiende a ser astuta, perspicaz, refinada, discreta, analítica, manipula su expresión para agradar, y el 50% restante tiende a mostrarse y comprometerse ante los demás de manera flexible según circunstancia y contexto.

Aprehensión: El 3,3% de las pacientes tiende a ser apacible, plácida, flexible, de ánimo invariable, el 43,3% tiende a ser aprehensiva, preocupada, depresiva, con ánimo variable y fácilmente turbable, y el 53,4% restante tiende más bien a modular sus estados anímicos entre la apacibilidad y la aprehensión, y a tener una autopercepción realista de sí mismas. Los puntajes estuvieron entre 2 y 10 puntos.

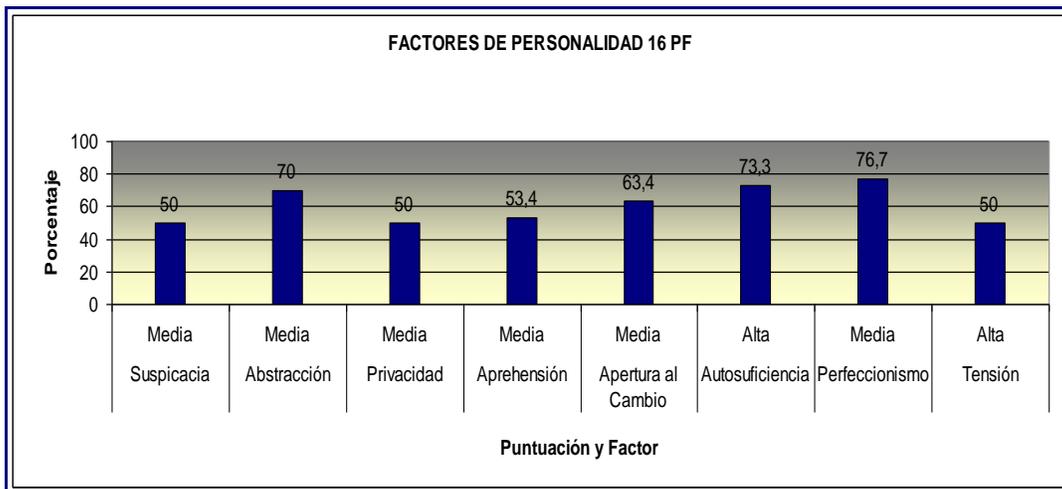
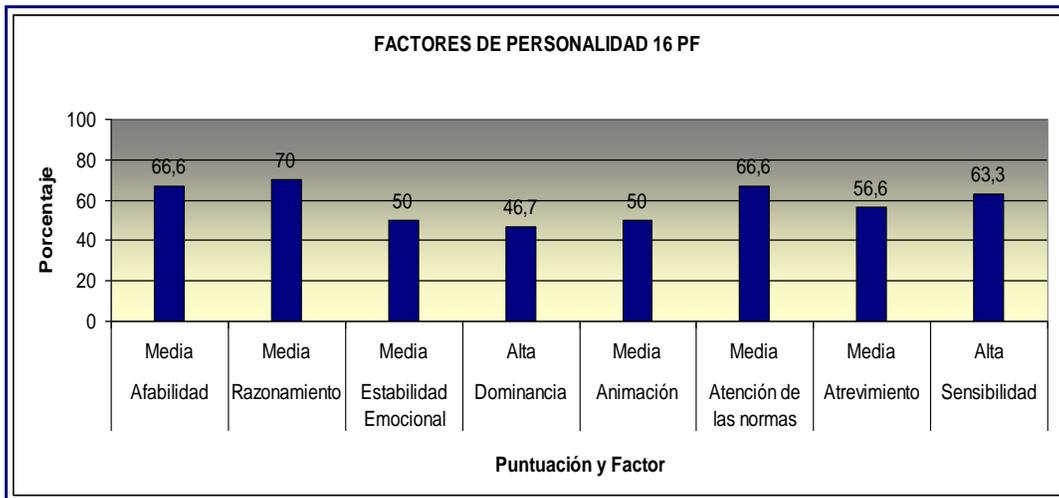
Apertura al Cambio: El 13,3% de las pacientes tiende a ser conservadora, respetuosa de las ideas establecidas, tolerante de los defectos tradicionales y poco abierta al cambio, el 23,3% tiende a ser analítica-crítica, liberal, experimental, de pensamiento abierto y tolerante con las ideas nuevas, y el 63,4% restante tiende a un término medio con respecto hacia lo novedoso y poco convencional.

Autosuficiencia: El 26,7% tiende a tener un grado de dependencia hacia los otros según sean las circunstancias y el contexto, y el 73,3% de las pacientes tiende a ser autosuficiente,

acostumbrada a seguir su propio camino y decisiones, no le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentamiento y apoyo, independiente.

**Perfeccionismo:** El 13,3% de las pacientes tiende a no ser excesivamente considerada, cuidadosa o esmerada, más bien se orienta por sus propias necesidades, el 13,3% tiende a ser controlada en sus emociones y conducta en general, socialmente adaptada, llevada por su propia imagen, y el 73,4% restante tiende al equilibrio en el orden y la perfección lo que la lleva a no conflictuarse.

**Tensión:** El 3,3% de las pacientes tiende a ser relajada, tranquila, sosegada, no frustrada, libre de síntomas de ansiedad, el 50% tiende a ser tensa, ansiosa, presionada, impaciente, angustiada e hipervigilante, está a menudo fatigada pero es incapaz de permanecer inactiva, su frustración representa un exceso del impulso de estimulación no descargada. El 46,7% restante intenta manejar su nivel de ansiedad y tensión en forma modulada.



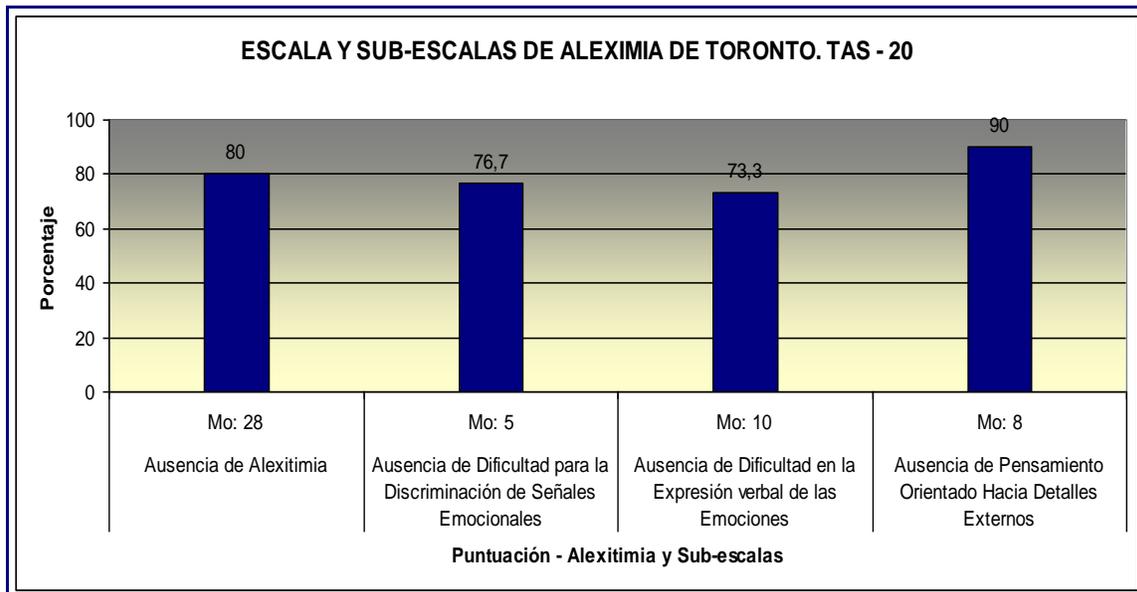
## 2.- Alexitimia

La prevalencia del rasgo alexitímico a través de la Escala de Alexitimia de Toronto TAS - 20, se presentó de la siguiente manera: El 80% de las pacientes no presenta alexitimia, el 10% presenta una posible alexitimia, y el 10% restante presenta el rasgo alexitímico.

Dificultad para la Discriminación de Señales Emocionales: El 76,7% de las pacientes no presenta dificultad para discriminar señales emocionales, el 10% presenta posible dificultad, y el 3,3% restante presenta dificultad en la discriminación.

Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones: El 73,3% de las pacientes no presenta dificultad en la expresión verbal de las emociones, el 23,4% presenta posible dificultad, y el 3,3% restante presenta dificultad en la expresión.

Presencia o Ausencia de Pensamiento Orientado hacia detalles externos: El 90% de las pacientes no presenta un pensamiento orientado hacia los detalles externos, y el 10% restante muestra una posible presencia de pensamiento operatorio.

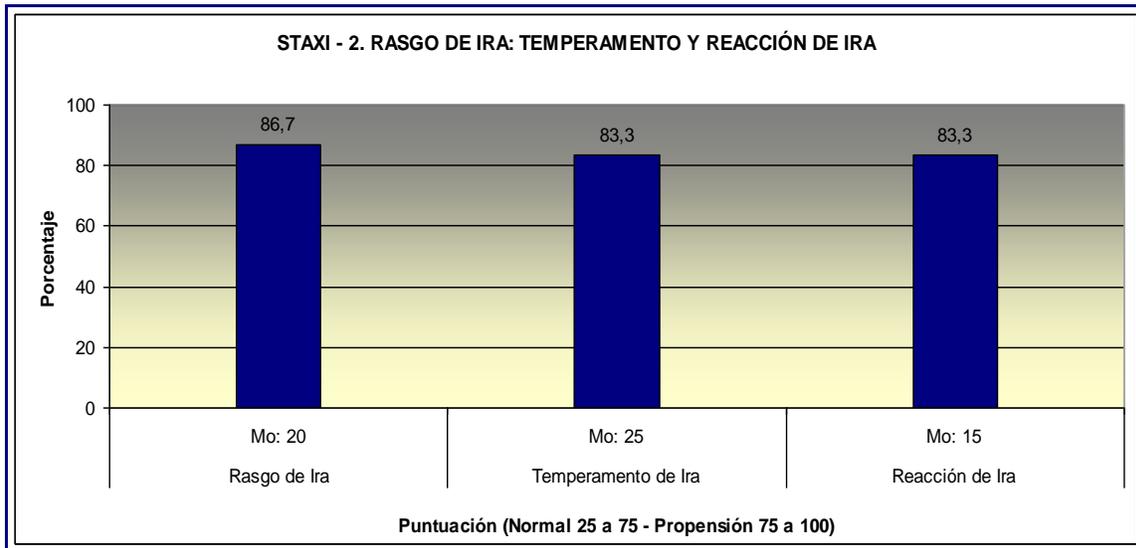


## 3.- Ira

Rasgo de Ira: El 13,3% de las pacientes experimenta frecuentemente y/o intensamente sentimientos de ira, y a menudo piensan que son tratadas indebidamente por los demás. Probablemente se sienten también muy frustradas. El 86,7% de ellas experimenta sentimientos de ira concordante a circunstancia y contexto.

Temperamento de Ira: El 16,7% de las pacientes son irritables y propensas a expresar sus sentimientos de ira aunque la provocación sea pequeña. A menudo son impulsivas y carentes del control de la ira, pero no son necesariamente violentas o vengativas como para atacar a otras personas. El 83,3% de ellas experimenta ira siempre y cuando exista una provocación específica.

Reacción de Ira: El 16,7% de las pacientes son muy sensibles a las críticas, a los agravios supuestos y a la evaluación negativa de los demás. En estas circunstancias experimentan sentimientos intensos de ira. El 83,3% de ellas no experimenta con frecuencia sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.



## Discusión

En primer lugar, es importante señalar que en general el presente estudio no corrobora algunos aspectos de la teoría de los pacientes psicósomáticos. Por ejemplo, con respecto a los rasgos de personalidad que evalúa el cuestionario 16 PF podemos señalar que el factor de **Atención de las Normas** el 66,6% de las pacientes presenta una puntuación media, que si bien es cierto se encuentra dentro de un rango superior, se esperaría que la gran mayoría del grupo estuviese en un rango de puntuación alta, dado que la tendencia de ellas es de un fuerte sentido del deber, de carácter exigente, perseverante y muy responsable.

Por otro lado, el factor **Perfeccionismo** se presenta con una puntuación media en un gran porcentaje de las pacientes, es decir, no existiría mayor distancia en la percepción entre su yo real y su yo ideal, lo que no coincide con las investigaciones que han observado a las pacientes con FM, las que manifiestan ciertas características comunes, como ser exigentes, cuidadosas, ordenadas, honestas, morales, responsables y meticulosas en todos los aspectos de su vida

(Ballina y cols., 1995). Se podría hipotetizar que la variable "edad" tendría un peso importante en este factor, dado que el promedio de edad de la muestra evaluada bordea los 52 años, lo que nos indica que son mujeres que están en el período de la adultez madura o media del ciclo vital (Erikson, 2000). En esta etapa se hacen balances y reevaluaciones de lo ya vivido, la persona siente que su vida está limitada temporalmente y ve que su dirección está bien definida, en gran parte determinada por los cambios físicos y biológicos como es la menopausia y los deterioros propios de los años, lo que conlleva a que debe cuidarse más que antes y reconocer el propio límite. Termina el período de crianza, los hijos comienzan a ser independientes y responsables de sí mismo, lo que las hace darse cuenta que esta etapa ofrece nuevas oportunidades y nuevas experiencias (Lidz, 1980). De acuerdo a Hofmann (1996), el autoconcepto, la confianza en uno mismo y el control del yo suelen aumentar en esta etapa, por tanto la salud psíquica dependerá del buen ajuste entre las expectativas y la realidad.

Lo anteriormente explicitado nos indica que este grupo de mujeres se encuentra en una etapa del ciclo vital en donde ellas están experimentando cambios en sus roles sociales, en sus responsabilidades, en sus relaciones y por ende en su mundo interno, lo que las pudiese estar llevando a una tendencia menos exigente y punitiva con ellas mismas, como también a reflexionar sobre características de su personalidad que probablemente estimaron perjudiciales y han actuado en consecuencia para lograr ciertas modificaciones en ellas, y a encontrar mejores estrategias de afrontamiento a los problemas. Esto se percibió en los comentarios que verbalizaban mientras realizaban los test, y cuando distendidamente casi todas señalaban lo diferente que eran hoy para abordar los conflictos.

El factor **Sensibilidad**, por su parte, concuerda con las investigaciones y la teoría dado que son personas que darían cuenta de una actitud agradable, benevolente, congraciativa, con tendencia a dejarse afectar por los sentimientos, altamente impresionables. La imagen que presentaban era de mujeres adecuadas, dispuestas, puntuales, acogedoras y normativas, imagen que estaría en la línea del concepto de normopatía de McDougall (1991), quien a través de su experiencia clínica pudo observar que muchos de los pacientes que padecían alguna enfermedad psicosomática aparecían ante los demás y a sí mismos como "normales", indicando que son personas que tratan de esconder sus afectos en una máscara de "pseudonormalidad", con el fin de resguardarse de los afectos al hacerlos conscientes. Esto también estaría en la línea del concepto de personalidad sobreadaptada de Liberman (1978), quien afirma que la tendencia a las enfermedades somáticas que presentan algunas personalidades, es consecuencia de una sobreadaptación a la realidad ambiental en perjuicio de sus propias necesidades emocionales y corporales y con particular detrimento de su capacidad de simbolización.

A partir de lo anterior, el alto porcentaje de personas con puntuación media en el factor de **Afabilidad**, da cuenta de la tendencia a ajustarse emocionalmente según sean las

circunstancias y el contexto interaccional, predominando en ellas la calidez, amabilidad, disposición a cooperar, solícitas con los demás y muy amables. También tienden mostrarse y comprometerse ante los demás de manera flexible según sea la situación, sin embargo, en ocasiones manipulan su expresión para agradar, lo que estaría en la línea de lo antes destacado por McDougall y Liberman.

Habitualmente las pacientes fibromiálgicas presentan altos montos de **tensión** y ansiedad, lo que se puede percibir claramente en la interacción con ellas, y en la puntuación alta que arroja este factor, caracterizado por el nivel de ansiedad que presenta el individuo, tendiendo a ser tensas, ansiosas, excitables, intranquilas, angustiadas e hipervigilantes. Liberman (1959) constata estas características en su experiencia clínica con pacientes psicósomáticos, refiriendo que en las sesiones estos pacientes se caracterizan por estar constantemente tensos, tanto en el área corporal como en el área mental. La ansiedad que presentan se caracteriza por la falta de ligadura con algún tipo de representación mental, traduciéndose especialmente en manifestaciones somáticas.

Por otra parte, las investigaciones internacionales en general asocian la fibromialgia con distintos síntomas y síndromes afectivos, como son; depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias, trastornos de pánico y a una mayor prevalencia de vulnerabilidad psicológica (Alexander et al., 1998, Dobkin et al., 2003 en Vidal y Reyes, 2006; Martínez y cols., 2003; Nicassio y cols., 2002; Wolfe et al., 1990; Jaque y cols., 2007; Landro et al., 1997).

Mediante la entrevista realizada para constatar un cuadro depresivo, como motivo de exclusión en la investigación, revelaron que en ese momento no tenían síntomas depresivos, pero la gran mayoría de ellas manifestó el haber tenido a lo menos un cuadro depresivo en su vida y en ocasiones cuadros ansiosos, como trastorno de pánico.

El factor **Tensión** también lo podemos ligar con la puntuación media y alta obtenida en el factor **Aprehensión** en un gran porcentaje de pacientes, nos lo muestra una certera tendencia a ser aprehensivas, preocupadas, depresivas, con ánimo variable y fácilmente turbables, sin embargo, esto no les impide modular sus estados anímicos entre la apacibilidad y la aprehensión y a tener una autopercepción realista de sí mismas.

Lo anterior, nos dirige a reflexionar en la puntuación obtenida en el factor **Distorsión Motivacional**, dado que un alto porcentaje intentó dar una buena imagen de sí misma, lo que concuerda con la característica de que en ocasiones manipulan su expresión para agradar a los demás. Es importante destacar que uno de los síntomas clínicos relevantes de la FM es el dolor crónico generalizado en zonas musculoesqueléticas, su prevalencia es del 100% en los pacientes, y este tiene un componente afectivo irreductible lo que no debemos olvidar, dado que la dolencia a nivel muscular es real y eso inevitablemente las lleva a estar tensas

físicamente. Además el dolor y la tensión se agravan con el estrés, la afectividad negativa (depresión y ansiedad), los trastornos del sueño y las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como señalan las investigaciones de Martínez, González y Crespo (2003).

Respecto al factor **Dominancia**, entendida como el deseo de control sobre otros o el que se percibe que se ejerce sobre ella. Su tendencia es a ser independiente, obstinada, dogmática, autorregulada, extrapunitiva y con un nivel de control importante hacia ella y los demás. A esto se agrega una tendencia significativamente alta en el factor **Autosuficiencia**, lo que las lleva a seguir su propio camino y tomar sus propias decisiones. Esto nos dirige a reflexionar sobre lo que plantea Winnicott (1964), en que han sido mujeres que se han tenido que defender contra la angustia y por ende han tenido que cubrir sus propias necesidades afectivas desde los inicios de su infancia.

Por otro lado, presentan una tendencia a la **Susplicacia**, es decir, son sujetos que se caracterizan por ser desconfiadas, difíciles de engañar y ambiguas, lo que las lleva en ocasiones a confundirse con su propio yo. Pero esto no les impide relacionarse y contactarse con la realidad de manera mesurada según sean las circunstancias y el contexto circundante.

Se podría pensar que son pacientes que tienden a ser inestables emocionalmente, debido a que frente a las demandas del entorno, a problemas cotidianos, ellas tienden a la frustración y a la turbación fácil si las situaciones no alcanzan su control, pero esta inestabilidad no se desborda ni se expresa en demasía gracias a que tienden a tener un impulso controlado y modulado frente a la acción según sean las circunstancias, el contexto y la interacción con otro y a la tendencia a asumir riesgos de forma muy prudente y controlada. Lo que nos dirige a entender la razón porque ellas presentarían un **Índice de Expresión de Ira** significativamente alto.

Entendiendo que si las pacientes puntúan alto en IEI experimentan intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas, como señala Spielberger (2001). En este caso, los sujetos tienden a modular la ira a través de la **Expresión Interna**, es decir, frente a los sentimientos de ira tienden a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente.

Otro aspecto significativo es la ausencia del **rasgo de alexitimia** en un 80% de la muestra, como también en las tres subescalas. Este fenómeno es absolutamente opuesto señalado por la literatura psicósomática, la cual propone que el rasgo alexitímico está desde lo teórico y lo clínico presente en los pacientes psicósomáticos (Lieberman, 1959; Sifneos, 1972; Taylor, 1988 en Sivak, 1997). Se podría hipotetizar que el diagnóstico de la enfermedad y la enfermedad en sí misma, invalidante y determinante, las conduce a tomar medidas de autocuidado y a reflexionar sobre el trabajo de su personalidad, como a tomar conciencia que hay características de personalidad que influyen en el inicio y agravamiento de la enfermedad y

que deben ser modificadas. Producto de esto un gran número de pacientes verbalizaron el haber ingresado a procesos terapéuticos que contribuyeron en la modificación de ciertos rasgos. Cabe señalar, que Retamales (1989) en la alexitimia distingue los rasgos esenciales de los accesorios, constituyendo los esenciales el núcleo del trastorno, siendo estos el pensamiento simbólico reducido o ausente; limitada capacidad para fantasear; dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras. Los rasgos accesorios de la alexitimia se relacionan con un alto grado de conformismo social, relaciones interpersonales estereotipadas e inmaduras, tendencia a la impulsividad y personalidad inmadura. En relación a los rasgos esenciales, los resultados de la investigación determinan la ausencia de ellos en la mayoría de las evaluadas. En los accesorios, el primer rasgo estaría en la línea de las características de estas pacientes, es decir, son personas aparentemente bien adaptadas, pero como señala McDougall (1987) se trata de una "seudonormalidad", dado que su comportamiento es muy rígido y dependiente de las convenciones sociales. Como también, tiene similitud con el concepto de sobreadaptación planteado por Liberman (1982). Los otros rasgos accesorios no se relacionan con lo evaluado en este estudio, por el contrario, las pacientes en un alto porcentaje presentan una sensibilidad blanda, es decir, tienden a dejarse afectar por los sentimientos, son impresionables, sensibles, empáticas, benevolentes, comprensivas y agradables. Tienden a modular la impulsividad según sea la circunstancia y el contexto. Por otra parte, los resultados antes analizados nos dan cuenta que estas pacientes presentan capacidad introspectiva y, por tanto, son sujetos viables a indicación psicoterapéutica.

## **Conclusión**

Las investigaciones han intentado establecer un tipo de personalidad característica de la FM así como establecer el grado de afectación del paciente por variables internas (emociones, percepción, de acontecimientos externos y mecanismos de afrontamiento y adaptación), pero los estudios no han sido concluyentes (Boissevain y Machain en Martínez, 2003; Rivera y cols., 2006). Los resultados del presente estudio son contundentes, debido a la escasa correspondencia entre los resultados obtenidos en este análisis con los presentados desde la teoría.

Los hallazgos de este estudio cuantitativo, descriptivo y de carácter exploratorio, sugieren el planteamiento de nuevas líneas de investigación, con el objetivo de incrementar el conocimiento profundo de los pacientes fibromiálgicos, y en este sentido el aporte al trabajo psicoterapéutico de esta enfermedad psicosomática en particular.

Como futuras líneas de investigación, se espera lograr construir un perfil comparativo entre la muestra actual y la de mujeres sin patología psicosomática, del mismo rango de edad, utilizando los mismos instrumentos aplicados en este estudio, con la finalidad de poder caracterizar cada grupo. De la misma manera, futuras líneas de investigación pueden realizar un estudio

longitudinal con pacientes con FM, con la finalidad de identificar diferencias a lo largo del ciclo vital.

Por otro lado, futuras investigación pueden realizar comparaciones para establecer diferencias de género. Debido a que la mayor prevalencia de FM es femenina, sería interesante realizar una descripción comparativa con pacientes con FM según género y grupo étnico, utilizando los mismos instrumentos. De la misma manera, se pueden desarrollar investigaciones que intenten determinar y comparar el rasgo de alexitimia según género y grupo étnico en pacientes con distintas enfermedades psicosomáticas.

Finalmente, sería interesante construir un perfil comparativo entre pacientes mujeres con FM, que hayan realizado un proceso psicoterapéutico y con aquellas que no lo hayan hecho, con el objetivo de observar variaciones en el nivel de alexitimia, las características del pensamiento y la capacidad de simbolización.

El presente estudio es un aporte para terapeutas y profesionales de la salud que busquen conocer y profundizar de los trastornos psicosomáticos, específicamente de la fibromialgia. Los resultados de la presente investigación son una puerta de entrada hacia la construcción de nuevas teorías y abordajes psicoterapéuticos de los cuadros psicosomáticos. Generar mayor conocimiento de estos cuadros psicopatológicos permitiría combatir el aumento en la prevalencia y los altos costos en salud pública y privada destinados a su tratamiento.

## Referencias

Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P., Hall, C., Abeles, M., Newton, C., & Kroly, P. (1998). Fibromyalgia and women's pursuit of personal goals: A daily process analysis, *Health Psychology, 17*, 40-47.

Alexander, R., Bradley, L., Alarcon, G., Triana-Alexander, M., Aaron, L., Alberts, K., et al. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Research, 11*, 102-115.

Ballina, G., Martín, L., Iglesias, G., Hernández, M., & Cueto, E. (1995). La Fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica Española, 195*, 326-334.

Clark P, (2001). Frecuencia y características de la Fibromialgia en el Hospital General de México: Revisión de la Epidemiología [versión electrónica]. *Revista Mexicana de Reumatología, 16* (3) mayo-junio.

Colegio Americano de Reumatología. (1990). Criterio de Clasificación de la Fibromialgia.

De Gracia, M., Marcó, M., Ruiz, J., & Garabieta, F. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 27 (16), 950-980.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Hasset, A., Cone, J., Patella, S., & Sigal, L. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 43:11.

Hernández, M. (1997). Estudio de la personalidad psicológica de los pacientes con fibromialgia. *Rheuma*.

Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc. Graw- Hill.

Jaque, J., Miranda, J., Perez de Arce, M., Pacheco, S., Plaza, G., Gutiérrez, T., Muñoz, A., Letelier, C., Contador, R., & Tapia, P. (2007). Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Clínico Universidad de Chile. *Boletín ACHED*, 47.

Landro, N. L., Stiles, T.C., & Sietvold, H. (1997). Memory functioning in patients with fibromyalgia and depression on healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 297-306.

Lieberman, D. (1983). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman.

Lidz, T. (1980). *La persona: Su desarrollo a través del ciclo vital*. Barcelona: Herder.

Lieberman, D. (1978). *Comunicación y psicoanálisis*. Bs. Aires: Alex Editor.

Lieberman, D. (1959). *La comunicación en terapia Psicoanalítica: aplicación de la Teoría de la comunicación al proceso transferencial*. Bs. Aires: Eudeba.

Martínez, E., González, O. & Crespo, J.M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos, *Salud Global*, año III, Nº 4, 2-7.

Martínez, E., González, O. & Crespo, J.M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos, *Salud Global*, año III, Nº 4,

Martín, M. J., Luque, M., Solé, P., Mengual, A., & Granados, J. (2000). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27 (1), 12-18.

Moral de la Rubia, J., & Retamales, R. (2001). Sobre la alexitimia primaria y secundaria: datos para la polémica. *Psiquis*, 22 (4), 221-227.

Moreno, I., & Montaña, A. (2000). Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27, 436- 441.

McDougall, J. (1987). *Teatros de la mente*. Madrid: Tecni publicaciones.

McDougall, J. (1991). *Teatros del Cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes.

Merayo, L. A., Cano, F. J., Rodríguez, L., Ariza, R., & Navarro, F. (2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 3 (2), 55-62.

Nicassio, P., Moxham, E., Schuman C., & Gevirtz, R. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, 100, 271 279.

Lieberman, D. (1993). *Del cuerpo al símbolo*. Buenos Aires: Ananke.

Ortiz, M. (2003). Fibromialgia; las delicadas fibras del alma. *Agenda Salud. Isis Internacional*, 31, 1-8.

Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., & cols. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 Supl 1, 55-66. 2-7.

Riquelme, R., & Oksenberg, A. (2003). *Trastornos de Personalidad. Hacia una mirada integral*. Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental. Cattell, H., & Schuerger, J. (2003). *Essentials of 16PF Assessment*. NY: Wiley.

Spielberger, C. (2001). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo. STAXI-2*. Madrid: TEA.

Sivak, R. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos, teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.

Taylor, M., Trotter, D., & Csuka, M. (1995). The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, *38*, 229-234.

Torres, L., Troncoso, S. & Castillo, R. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. Bogotá. *Revista latinoamericana de Psicología*, *38* (2), 285-298. Bogotá.

Urrutia, R., Waistein, E., Leiva Guzmán N., & Soto., A. (2003). Estudio de prevalencia de fibromialgia en mujeres con Artritis Reumatoidea y Lupus Eritematoso Sistémico pertenecientes al policlínico de reumatología del Hospital del Salvador.

Valverde, M. (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Revista Española de Reumatología*, *27*, 157.

Villanueva, V., Valía, C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, J., & de Andrés, J. (2004). Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *11*, 430-443.

Vidal, L., & Reyes, G. (2006). Fibromialgia: una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Revista Cubana de Reumatología*, *8*, 8-22.

Winnicott, D. (1964). Elementos positivos y negativos en la Enfermedad Psicossomática, en Exploraciones Psicoanalíticas I. Paidós. Buenos Aires 1993.

Wolfe, F., Smytle, H., Yunus, M., Bennet, B., Goldenberg, D., & Tugwell, C. (1990). The American College of rheumatology, criteria for classification of Fibromyalgia: Report of multicentre Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, *33*, 160-170.

Yaski, J., & Rojo, M. (1994). Trastornos Psicossomáticos. El Diagnóstico y sus modalidades. *Correo de Psicoterapia y Salud Mental*, *15*.

Yunus, M. (1994). Fibromyalgia syndrome: Clinical features and spectrum. *Journal of Musculoskeletal Pain*, *2*(3), 5-21.