



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA**

**EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN Y LA MEMORIA
EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD,
LA DEPRESIÓN Y LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR**

TUTOR:
LIC. FRANCIS KRIVOY

AUTORES:
GERALDINE ARZOLAY
VALENTINA AVILA

CARACAS, FEBRERO DE 2015



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

**Evaluación del Funcionamiento de la Atención y la Memoria en Pacientes con
Fibromialgia y su Relación con la Ansiedad, la Depresión y la Percepción del Dolor**
(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito
parcial para optar al título de Licenciado en Psicología)

Tutor:

Lic. Francis Krivoy

Autores:

Geraldine Arzolay¹

Valentina Avila²

Caracas, Febrero de 2015

¹ Geraldine Arzolay, Estudiante del Departamento de Clínica Dinámica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: arzolay.geraldine@gmail.com

² Valentina Avila, Estudiante del Departamento de Clínica Dinámica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: valentinavila7@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos la vida, la salud, y la oportunidad de ver realizada nuestra meta personal y profesional, que forma parte del inicio de un largo camino lleno de éxitos.

A nuestros padres, familiares y parejas, por su apoyo incondicional y compañía a lo largo de todo este recorrido, el cual ha sido más grato gracias a ellos.

A nuestra tutora Francis Krivoy, por la orientación y el empeño en la elaboración de un trabajo de investigaron exitoso y de calidad.

A los doctores, Ernesto Rodríguez y Alcides Robles, por brindarnos información en el área médico-psiquiátrica y su invaluable cooperación para establecer contacto con las personas con diagnóstico de fibromialgia.

A las licenciadas, Neugim Pastori y María Fátima Dos Santos, por su oportuna orientación a lo largo de las distintas etapas de la investigación.

A nuestra profesora y amiga, María Jesús Roca por sus constantes consejos, aprendizaje y orientación brindada.

Al Departamento de Psicología Clínica Dinámica y a la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela por todo el conocimiento y la experiencia que nos proporcionó a lo largo de estos 5 años.

Y a todos aquellos que de alguna u otra manera han marcado de aprendizaje nuestro desarrollo personal y académico.

DEDICATORIA

Le queremos dedicar esta investigación, fruto del esfuerzo y empeño, a nuestros padres, Luis Arzolay y Mary Méndez; Jacinto Avila y Gertrudis Velásquez, así como a nuestros abuelos y hermanos, quienes nos han dado cariño, nos han orientado y nos han enseñado a creer en nosotras.

A la familia Patiño Velásquez, por darme la oportunidad de cambiar mi vida y abrirme paso en la maravillosa ciudad de Caracas. Por haberme brindado más que un hogar.

A Natalia Fandiño, por su amor sincero y bonito, su apoyo incondicional en momentos en los que creí caer, por ser mi compañera en este camino.

A Lucio Segovia, por su amor, apoyo y ejemplo de perseverancia. Por ser un compañero incondicional que me ha enseñado a creer en los sueños y a luchar por ellos.

A la casa que vence las sombras, nuestra amada U.C.V, por ser nuestro hogar durante estos 5 años y la luz que guía nuestros pasos.

Por último, pero no menos importante, al país, como muestra de que se hace camino al andar. ¡Arriba Venezuela!

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN Y LA MEMORIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN Y LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR

Arzolay, G., Avila, V.

arzolay.geraldine@gmail.com, valentinavila7@gmail.com

Febrero, 2015

RESUMEN

Numerosos estudios arrojan conclusiones contradictorias respecto a la posible existencia de una relación entre el funcionamiento de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia. A fin de evaluar estas funciones y su relación con las variables mencionadas, se realizó una investigación no experimental, descriptiva, correlacional y transversal, con una muestra de 30 personas con fibromialgia, con edades comprendidas entre 28 y 50 años. Se utilizó una entrevista semiestructurada y diversos test. Se utilizaron estadísticos descriptivos y medidas de forma, la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y el Coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados muestran, atención visual y memoria verbal normal, atención verbal con funcionamiento normal bajo y memoria visual muy deficiente. La ansiedad es moderada y la depresión severa. Se encontraron diversas relaciones estadísticamente significativas, entre las más importantes están la relación entre el reconocimiento verbal, ansiedad, depresión y tareas del hogar; entre la ansiedad y la depresión con la interferencia, severidad del dolor y angustia afectiva; entre la ansiedad, respuesta a la solicitud y tareas del hogar; entre la depresión y autocontrol, y entre ansiedad y depresión.

Descriptores: fibromialgia, atención, memoria, dolor, ansiedad, depresión.

**EVALUATION OF THE WORKING OF THE ATTENTION AND
THE MEMORY IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA AND IT'S
RELATIONSHIP WITH ANXIETY, DEPRESSION AND PAIN
PERCEPTION**

Arzolay, G., Avila, V.

arzolay.geraldine@gmail.com, valentinavila7@gmail.com

February, 2015

ABSTRACT

Numerous studies yield contradictory conclusions regarding the possible existence of a relationship between the operation attention and memory with anxiety, depression and pain perception in patients with fibromyalgia. To evaluate these functions and their relation to these variables, a non-experimental, descriptive, correlational and crosssectional study with a sample of 30 people with fibromyalgia, aged between 28 and 50 years was performed. A semistructured interview and various test was used. Descriptive statistics and measures of how they were used, the normality test Kolmogorov-Smirnov test and Spearman's rank correlation coefficient. The results shows, visual attention and regular verbal memory, verbal attention under normal operation and very poor visual memory. Anxiety is moderate and severe depression. Several statistically significant relationships were found, the most important is the relationship between verbal recognition, anxiety, depression and housework; between anxiety and depression with interference , severity of pain and emotional distress; between anxiety, response to the request and housework; between depression and self-control, and between anxiety and depression.

Descriptors: fibromyalgia, attention, memory, pain, anxiety, depression.

ÍNDICE GENERAL

	pp.
Agradecimientos.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	3
2.1 Fibromialgia.....	3
2.1.1 Reseña Histórica.....	3
2.1.2 Descripción sintomática.....	4
2.1.3 Epidemiología.....	5
2.1.4 Etiología.....	6
2.1.5 Criterios diagnósticos.....	8
2.1.6 Diagnóstico diferencial.....	11
2.2 El dolor.....	12
2.2.1 Fisiología del dolor.....	12
2.2.2 Teoría de la Puerta de Control.....	13
2.2.3 Clasificación del dolor.....	15
2.2.4 Percepción del dolor.....	17
2.3 Condiciones psicológicas asociadas a la fibromialgia.....	19
2.3.1 Ansiedad.....	20
2.3.2 Depresión.....	21
2.3.3 Otras consideraciones psicológicas asociadas a la fibromialgia.....	22
2.4 Fibromialgia y neuropsicología.....	25
2.4.1 Funciones cognitivas.....	26
2.4.1.1 Atención.....	26
2.4.1.2 Memoria.....	30
2.4.2 Investigaciones de los procesos de atención y memoria en los pacientes con fibromialgia.....	35

III. El problema.....	41
3.1 Planteamiento del problema.....	41
3.2 Objetivos de la investigación.....	41
3.2.1 Objetivo general.....	41
3.2.2 Objetivos específicos.....	41
IV. Marco metodológico.....	43
4.1 Análisis de variables.....	43
4.1.1 Variables en estudio.....	43
4.1.2 Variables controladas.....	45
4.1.3 Variables no controladas.....	46
4.2 Tipo y diseño de investigación.....	46
4.2.1 Tipo de investigación.....	46
4.2.2 Diseño de investigación.....	46
4.3 Participantes.....	47
4.3.1 Población.....	47
4.3.2 Muestra.....	47
4.3.3 Muestreo.....	48
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
4.4.1 Técnica.....	48
4.4.2 Instrumentos.....	48
4.5 Procedimiento.....	53
4.6 Procesamiento y análisis de datos.....	54
V. Resultados.....	56
5.1 Atención.....	56
5.2 Memoria.....	63
5.3 Ansiedad.....	72
5.4 Depresión.....	73
5.5 Percepción del dolor.....	75
5.6 Correlación de variables.....	94
5.6.1 Correlación entre el funcionamiento de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.....	94

5.6.2 Correlación entre el funcionamiento de la atención y la memoria.....	97
5.6.3 Correlación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor....	98
VI. Discusión.....	101
VII. Conclusiones.....	116
VIII. Limitaciones y Recomendaciones.....	119
Referencias Bibliográficas.....	121
Anexos.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

		pp.
Tabla 1	<i>Edad de los participantes.....</i>	47
Tabla 2	<i>Centros de salud donde asistían los participantes y nivel educativo.....</i>	48
Tabla 3	<i>Queja subjetiva de fallas en la atención.....</i>	56
Tabla 4	<i>Atención verbal. Puntuaciones del Test de Retención de Dígitos.....</i>	57
Tabla 5	<i>Prueba de normalidad. Atención verbal. Puntuaciones del Test de Retención de Dígitos.....</i>	58
Tabla 6	<i>Atención visual. Porcentaje de letras A tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....</i>	59
Tabla 7	<i>Prueba de normalidad. Atención visual. Porcentajes de letras A tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....</i>	60
Tabla 8	<i>Atención visual. Porcentaje de letras E tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....</i>	60
Tabla 9	<i>Prueba de normalidad. Atención visual. Porcentaje de letras E tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....</i>	61
Tabla 10	<i>Atención visual. Porcentajes de letras R tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....</i>	62
Tabla 11	<i>Prueba de normalidad. Atención visual. Porcentaje de R tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....</i>	63
Tabla 12	<i>Queja subjetiva de fallas en la memoria.....</i>	63
Tabla 13	<i>Memoria verbal. Intento I. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....</i>	64
Tabla 14	<i>Prueba de normalidad. Memoria verbal. Intento I. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....</i>	65
Tabla 15	<i>Memoria verbal. Intento V. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....</i>	66
Tabla 16	<i>Prueba de normalidad. Memoria verbal. Intento V. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....</i>	67

Tabla 17	<i>Reconocimiento. Intento VIII. Número de palabras reconocidas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....</i>	67
Tabla 18	<i>Prueba de normalidad. Reconocimiento. Intento VIII. Número de palabras reconocidas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....</i>	68
Tabla 19	<i>Memoria visual. Número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton.....</i>	69
Tabla 20	<i>Prueba de normalidad. Número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton.....</i>	70
Tabla 21	<i>Memoria visual. Número de errores en el Test de Reproducción Visual de Benton.....</i>	70
Tabla 22	<i>Prueba de normalidad. Número de errores en el Test de Reproducción Visual de Benton.....</i>	71
Tabla 23	<i>Ansiedad. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Hamilton.....</i>	72
Tabla 24	<i>Prueba de normalidad. Ansiedad. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Hamilton.....</i>	73
Tabla 25	<i>Depresión. Puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton.....</i>	73
Tabla 26	<i>Prueba de normalidad. Depresión. Puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton.....</i>	74
Tabla 27	<i>Interferencia. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	75
Tabla 28	<i>Prueba de normalidad. Interferencia. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	76
Tabla 29	<i>Apoyo social. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	76
Tabla 30	<i>Prueba de normalidad. Apoyo Social. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	77
Tabla 31	<i>Severidad del dolor. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	78
Tabla 32	<i>Prueba de normalidad. Severidad del dolor. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	79

Tabla 33	<i>Angustia afectiva. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	79
Tabla 34	<i>Prueba de normalidad. Angustia afectiva. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	80
Tabla 35	<i>Autocontrol. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	81
Tabla 36	<i>Prueba de normalidad. Autocontrol. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	82
Tabla 37	<i>Respuestas negativas. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	82
Tabla 38	<i>Prueba de normalidad. Respuestas negativas. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	83
Tabla 39	<i>Respuestas de solicitud. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	84
Tabla 40	<i>Prueba de normalidad. Respuesta a la solicitud. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	85
Tabla 41	<i>Atención-distracción. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	85
Tabla 42	<i>Prueba de normalidad. Atención-distracción. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	86
Tabla 43	<i>Tareas del hogar. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	87
Tabla 44	<i>Prueba de normalidad. Tareas del hogar. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	88
Tabla 45	<i>Trabajo al aire libre. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	88
Tabla 46	<i>Prueba de normalidad. Trabajo al aire libre. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	89
Tabla 47	<i>Actividades de recreo. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)</i>	90

Tabla 48	<i>Prueba de normalidad. Actividades de recreo. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	91
Tabla 49	<i>Actividades sociales. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	91
Tabla 50	<i>Prueba de normalidad. Actividades sociales. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	92
Tabla 51	<i>Actividad global. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	93
Tabla 52	<i>Prueba de normalidad. Actividad global. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....</i>	94
Tabla 53	<i>Correlación entre el funcionamiento de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.....</i>	95
Tabla 54	<i>Correlación entre el funcionamiento de la atención y la memoria.....</i>	97
Tabla 55	<i>Correlación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor...</i>	99

ÍNDICE DE FIGURAS

		pp.
<i>Figura 1</i>	Distribución de los puntos sensibles en la fibromialgia.....	9
<i>Figura 2</i>	Quejas subjetivas de fallas en la atención.....	57
<i>Figura 3</i>	Atención verbal. Puntuaciones del Test de Retención de Dígitos.....	58
<i>Figura 4</i>	Atención visual. Porcentaje de letras A tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....	59
<i>Figura 5</i>	Atención visual. Porcentaje de letras E tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....	61
<i>Figura 6</i>	Atención visual. Porcentaje de letras R tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon.....	62
<i>Figura 7</i>	Queja subjetiva de fallas en la memoria.....	64
<i>Figura 8</i>	Memoria verbal. Intento I. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....	65
<i>Figura 9</i>	Memoria verbal. Intento V. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....	66
<i>Figura 10</i>	Reconocimiento. Intento VIII. Número de palabras reconocidas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey.....	68
<i>Figura 11</i>	Número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton.....	69
<i>Figura 12</i>	Número de errores en el Test de Reproducción Visual de Benton.....	71
<i>Figura 13</i>	Ansiedad. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Hamilton.....	72
<i>Figura 14</i>	Depresión. Puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton.....	74
<i>Figura 15</i>	Interferencia. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	75
<i>Figura 16</i>	Apoyo Social. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	77
<i>Figura 17</i>	Severidad del dolor. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	78

<i>Figura 18</i>	Angustia afectiva. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	80
<i>Figura 19</i>	Autocontrol. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	81
<i>Figura 20</i>	Respuestas negativas. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven Yale (IMD).....	83
<i>Figura 21</i>	Respuesta a la solicitud. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	84
<i>Figura 22</i>	Atención--distracción. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	86
<i>Figura 23</i>	Tareas del hogar. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	87
<i>Figura 24</i>	Trabajo al aire libre. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	89
<i>Figura 25</i>	Actividades de recreo. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	90
<i>Figura 26</i>	Actividades sociales. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	92
<i>Figura 27</i>	Actividad global. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD).....	93

ÍNDICE DE ANEXOS

	pp.
Anexo A	Entrevista Semi-estructurada.....126
Anexo B	Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale.....129

I. INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud y constituye uno de los problemas sanitarios más representativos en diversos países a nivel mundial, por su prevalencia, morbilidad, alto índice de frecuencia y elevado consumo de recursos sanitarios. Su característica principal es la presencia de dolor crónico y difuso, lo que llega a afectar significativamente las esferas biológica, psicológica y social de quienes la padecen, pudiendo generar grandes limitaciones en la vida cotidiana.

Es una enfermedad que se da a nivel del aparato músculo esquelético que consiste en la presencia de un dolor permanente y generalizado por todo el cuerpo. Es un síndrome crónico de etiología desconocida, evolución compleja y variable, donde interactúan diversos factores. Los pacientes sufren de rigidez persistente en la musculatura, fatiga, problemas en la concentración y la memoria, entre muchos otros síntomas que llegan a alterar significativamente la cotidianidad y el estado emocional de la persona.

Los criterios clínicos para su definición y diagnóstico fueron establecidos en las últimas décadas y resultan, aún hoy en día, un tema controversial en el área de la salud. Por ello el diagnóstico de la fibromialgia es aún una tarea difícil, dada la variedad de la sintomatología, que comprende aspectos físicos, emocionales, cognitivos y psicosociales.

En la actualidad, diversos estudios han valorado la elaboración de perfiles neuropsicológicos de los pacientes de diversas poblaciones clínicas, y la fibromialgia no ha sido la excepción. Se ha encontrado con frecuencia que las personas con esta enfermedad reportan quejas frecuentes sobre el deterioro de sus funciones cognitivas, siendo las más afectadas la atención, concentración, memoria y velocidad de procesamiento. Distintas investigaciones se han centrado en ello y buscan relacionar los diversos parámetros cognitivos con síntomas como el dolor, la ansiedad y la depresión; sin embargo, los resultados arrojan discrepancia en estas consideraciones.

En virtud de esto, además surge la necesidad de evaluar la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia, dado que la experiencia del dolor, como su intensidad y duración son factores que pueden llegar a incapacitar a la persona que la padece,

relacionándose adicionalmente, con el funcionamiento cognitivo. Basados en la consideración de la percepción del dolor como un modelo multidimensional, se entiende éste desde una visión integral y dinámica que comprende aspectos genéticos, sensoriales, cognitivos, comportamentales, emocionales y la interacción entre éstos. El dolor es considerado como el resultado de la interacción de la dimensión biológica que pudiera estar asociada con el origen y el mantenimiento del dolor; de la dimensión psicológica que influiría en la percepción de la experiencia subjetiva interna y de la dimensión socioambiental que actúa como modulador de la percepción nociceptiva y de la respuesta del organismo.

Así, la identificación de los factores de naturaleza psicológica implicados en la percepción del dolor, la ansiedad, la depresión, el funcionamiento cognitivo y su impacto en el desempeño cotidiano, puede contribuir a la mejora en los procesos de evaluación del síndrome y, por tanto, conllevar a que se elaboren tratamientos más adecuados en respuesta a las necesidades de cada paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Fibromialgia

2.1.1 Reseña histórica

El término fibromialgia deriva de “fibros” que significa tejidos blandos del cuerpo, “mios”, que se refiere a los músculos, y “algia” que alude al dolor. En este sentido, se trata de un síndrome caracterizado por dolor muscular generalizado y sensibilidad a la palpación de múltiples puntos de tejido blando que se encuentran anatómicamente definidos. El cuadro de dolor músculo-esquelético es de origen desconocido y no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen. La definición de fibromialgia, los criterios diagnósticos y sus posibles causas son aún objeto de debate científico (López y Mingote, 2008; Martín, 2011; Tovar, 2005).

Lo que hoy se conoce como fibromialgia, ha sido documentado en textos médicos de la antigüedad, incluso en textos sagrados. Según Martín (2011), Hipócrates y Galeno plantearon que los términos reuma y reumatismo hacían referencia al dolor y a la enfermedad, respectivamente, considerando que éstos eran producidos por el fluir de un exceso de sangre. En el siglo XVI, Guillermo de Baillou utilizó el término reumatismo para describir aquellas enfermedades que afectaban a los músculos y las articulaciones. Más tarde, en el siglo XVII, Sydenham cuando habla de las enfermedades históricas realiza una descripción de muchos de los síntomas de los que se conocen hoy bajo el nombre de fibromialgia. Luego, en el siglo XVIII se comienza a distinguir entre las enfermedades reumáticas que deforman las articulaciones y las que no, estas últimas llamadas reumatismo muscular.

En el transcurso del siglo XIX se definen varias formas de reumatismo muscular y, en particular, aquellas que se caracterizan por el dolor a la presión en zonas anatómicas específicas, denominado neuralgia. En el año 1880, Beard emplea el término neurastenia para referirse a la enfermedad que se caracterizaba por un dolor generalizado con fatiga y

dificultades de tipo psicológico. Es a principios del siglo XX, cuando Gowers introduce el término fibrositis (inflamación de los tejidos fibrosos de los músculos) refiriéndose al reumatismo muscular, enfermedad que presentaba muchos de los síntomas que se encuentran en la fibromialgia. El término fibrositis fue el que más se utilizó para referirse a la fibromialgia hasta 1975, año en el cual Hench utiliza por primera vez el término fibromialgia para denominar la presencia de dolor muscular sin inflamación (Martín, 2011).

El Colegio Americano de Reumatología (1990 c.p. Martín, 2011), es quien establece los criterios para la clasificación de la fibromialgia. Por su parte, en el año 1993 la Organización Mundial de la Salud, reconoce a la fibromialgia como una enfermedad y la codifica como M79.7 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Posteriormente, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), reconoce a la enfermedad y la ubica con el código X33.X8a.

2.1.2 Descripción sintomática

La fibromialgia es un estado en el que la vivencia del dolor se encuentra amplificada, siendo éste el síntoma más importante de la enfermedad. El dolor suele ser difuso, profundo, intenso y, con frecuencia, difícil de describir por quienes lo padecen. En ocasiones, el dolor inicia de forma generalizada, y en otras, comienza en un área determinada del cuello, el hombro, la columna lumbar, entre otros, extendiéndose desde esos puntos. Quien posee el dolor, lo describe como quemazón, molestia o desazón, presentándose inclusive con espasmos musculares. Los síntomas suelen variar en relación con la hora del día, el nivel de actividad, el estrés, los cambios climáticos o la falta de sueño (López y Mingote, 2008).

El otro síntoma propio de la fibromialgia es la sensibilidad dolorosa, la cual se produce cuando se palpan localizaciones específicas de músculos y tendones, llamados puntos sensibles. Este síntoma se da en la mayoría de los pacientes junto al dolor generalizado. Entre los síntomas que aparecen en el 75% de las personas, se encuentra un cuadro asténico, caracterizado por fatiga sin causa que la justifique; cansancio, en especial matutino; cansancio para realizar ejercicios o trabajos sencillos y cotidianos; y

cansancio crónico. También se evidencia disautonomía o síntomas generados por disfunción del sistema nervioso autónomo y vegetativo, manifestándose en forma de hipotensión ortostática, síndrome de taquicardia postural ortostática, sensación de mareo, hiperactividad del sistema simpático produciendo temblor o mareos, e inestabilidad ante cambios de posiciones (Martín, 2011).

La fibromialgia también puede producir rigidez generalizada, por lo general en las mañanas; esto se acompaña de sensación de hinchazón u hormigueos en manos y pies. En relación al sueño, los pacientes suelen expresar que se levantan más cansados de lo que se acuestan, por lo que se podría tratar de un sueño no reparador como consecuencia de la interrupción del sueño profundo. Se ha encontrado que el patrón habitual está alterado por la invasión de ondas alfa sobre las ondas delta, las cuales son propias del sueño profundo reparador de la cuarta fase no REM (López y Mingote, 2008; Martín, 2011).

Entre el 30 y 70% de los pacientes con fibromialgia, presentan síntomas cardiorrespiratorios, gastrointestinales, osteomusculares, mentales, genitourinarios y neurológicos. Entre ellos se pueden nombrar la hipotensión crónica, prolapso de la válvula mitral asintomática, precordialgia atípica; dificultades en la deglución, colon irritable, dolor abdomino-pélvico, pirosis; trastornos psicológicos como depresión ansiedad e hipocondrías, trastornos cognoscitivos como dificultad para concentrarse, lapsus de memoria, dificultad para reconocer palabras y nombres. También se consideran el síndrome de túnel carpiano, dolor facial y de articulación temporomandibular; vejiga irritable, síndrome premenstrual, dismenorrea y síndrome uretral; parestesias, cefaleas tensional o difusa, y síndrome de piernas inquietas (Martín, 2011).

2.1.3 Epidemiología

La fibromialgia es una enfermedad que está distribuida de manera universal, afecta a todos los países y colectivo humano. No tiene predilección por raza o grupo étnico. Es de 4 a 7 veces más frecuente en mujeres adultas con edades comprendidas entre los 20 y 55 años, edad en la cual usualmente se originan los síntomas. Por otro lado, algunas investigaciones revelan que el pico de inicio de la enfermedad es alrededor de los 40 años de edad. En estudios poblacionales internacionales se observa una prevalencia

que oscila entre el 0,7 y el 10% de la población, siendo más común entre el 2 y 4% de la población adulta (Martín, 2011; Tovar, 2005).

De acuerdo con Goldenberg (2003 c.p. Cuevas, 2010) la evolución, severidad e impacto de los síntomas varía entre cada persona, siendo parte del curso habitual las remisiones espontáneas y la exacerbación. De esta manera, la evolución de la enfermedad depende de diversas variables individuales como el nivel de depresión, la manera como se manejen los síntomas, las creencias y expectativas, el nivel educativo, social, económico y laboral, y el tiempo que haya transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta la realización del diagnóstico. Uno de los factores más influyentes en la fluctuación de los síntomas es el estrés y la manera en la que éste se afronta.

2.1.4 Etiología

Los últimos estudios sobre la fibromialgia no han podido encontrar ninguna alteración orgánica que pueda explicar todo el conjunto de síntomas presentes. Se considera que no existen bases anatómicas, histológicas o bioquímicas que permitan identificar la fibromialgia como un trastorno muscular primario ni secundario (Geenen, Jacobs y Bijlsma, 2009 c.p. López-Chicheri, 2012).

La clave de la etiología parece encontrarse en la interacción entre un mecanismo periférico y las influencias centrales que puedan haber incidido en el inicio o perpetuado el dolor en personas con predisposición. En relación a los factores periféricos, se ha evidenciado que no existe un defecto global en el músculo y, las alteraciones que puedan encontrarse, posiblemente sean consecuencias secundarias a la disminución de la actividad motora. Existen algunas investigaciones que coinciden en que la fibromialgia es una enfermedad de origen cerebral y se han encontrado anomalías neuroquímicas a distintos niveles cerebrales (López y Mingote, 2008; Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona y de Andrés, 2004).

En este sentido, se ha propuesto como mecanismo fisiopatológico más aceptado, la sensibilización central debida a un procesamiento patológico de la información de los nociceptores. La nocicepción es un proceso bidireccional, es decir, ascendente y descendente. De esta manera, la sensación nociceptiva va por las fibras aferentes

periféricas hasta el asta dorsal de la médula, la cual lleva la información a los centros superiores. El principal neurotransmisor en el asta dorsal es el glutamato, el cual actúa sobre los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) y la sustancia P. Algunos autores consideran que la base fisiopatológica de esta enfermedad es la hiperactivación de ambas, cuyos niveles son tres veces más altos en estos pacientes que en sujetos considerados controles. La sinergia entre sustancia P y los receptores NMDA, representan un papel primordial en la perpetuación de la hiperalgesia secundaria de origen central (Leza, 2003; López y Mingote, 2008; Ruiz, Nadador, Fernández-Alcantud, Hernández-Salván, Riquelme y Benito, 2007; Villanueva y cols., 2004).

Así, la fibromialgia parece ser más que un dolor muscular, se trata de un dolor neuropático general, cuyos rasgos multidimensionales pueden ser explicados de acuerdo a una respuesta patológica de los mecanismos de adaptación al dolor y estrés crónico. Las personas con fibromialgia presentan una sensibilización anormal al dolor a través del sistema glutamato/aspartato y sustancia P que disminuyen el umbral al dolor y participan en la producción de alodinia, la hiperalgesia y el dolor espontáneo, siendo de menor intensidad en los hombres, en contraste con las mujeres (López y Mingote, 2008).

Además, se han detectado niveles bajos de hormona de crecimiento y cortisol, que a su vez aumentarían la presencia de hiperprolactinemia y contribuirían con el déficit de serotonina, el cual puede deberse a niveles bajos de triptófano y de ácido 5-Hidroxiindol acético en el líquido cefalorraquídeo. Este nivel deficiente de serotonina es la base que justifica la utilización de fármacos que inhiban su recaptación, ya que es considerado un neurotransmisor importante en la regulación cerebral del dolor, sueño y humor, siendo éstos los aspectos más alterados en los pacientes. También, dentro de las alteraciones bioquímicas cerebrales, se considera una disminución de la dinorfina, péptido neuroactivo que produce efectos analgésicos. Por otro lado, se encuentra disfunción del eje hipotálamo-hipofisiario, demostrado por supresión de dexametasona anormal (López y Mingote, 2008; Tovar, 2005; Villanueva y cols., 2004).

López y Mingote (2008), consideran que la ansiedad y depresión se presentan comúnmente y con igual frecuencia, tanto en la fibromialgia, como en otras enfermedades dolorosas crónicas, por ejemplo, pueden serlo la lumbalgia o la artritis reumatoide. Con base en ello, descartan que sea lo que específicamente causa la

enfermedad, aunque sí se reconozca que ambos estados podrían generar un aumento de los síntomas.

2.1.5 Criterios diagnósticos

El diagnóstico de fibromialgia se basa en un examen clínico de los síntomas del paciente. Por lo general, el examen físico es normal y las personas poseen un aspecto saludable; sin embargo, al realizar un examen meticuloso de los músculos se revelan zonas sensibles al tacto, llamados puntos sensibles. En este sentido, el Colegio Americano de Reumatología (1990 c.p. Martín, 2011) estableció los criterios diagnósticos que son utilizados hoy en día para determinar la fibromialgia y son los siguientes:

1. Dolor músculo-esquelético que se caracteriza por ser crónico y difuso, y se presenta en cada uno de los cuadrantes del cuerpo durante más de tres meses.
2. Ausencia de otra enfermedad que pueda causar dolor, por ejemplo, artritis reumatoidea, trastornos tiroideos, lupus, entre otras enfermedades.
3. Presencia de dolor a la presión digital (4kg) por lo menos en 11 de los 18 puntos sensibles.

Los puntos sensibles a los cuales alude el criterio se encuentran a lo largo del cuerpo. No se conoce aún cómo se originan pero se sabe que pueden desarrollarse de varias formas. El comité que los delimitó determinó la existencia de 74 puntos sensibles, de los cuales se eligieron 18 por ser los más frecuentes estadísticamente (Figura 1). Ello puede deberse a que estos 18 puntos sensibles corresponden a zonas donde existe un mayor número de receptores nociceptivos. Un punto sensible a un lado del cuerpo suele tener un punto que le corresponda al lado opuesto, en el mismo lugar. Estos puntos se ubican principalmente en:

- Occipicio bilateral ubicado en la inserción del músculo suboccipital.
- Cervicales bajas bilaterales ubicándolos en las caras anteriores de los espacios

intertransversos en C5-C7.

- Trapecio bilateral: en el punto medio del borde superior.
- Supraespinoso bilateral: en sus orígenes, por encima de la escápula y próxima del borde interno.
- Segunda costilla bilateral, específicamente en las segundas uniones costochondrales, al lado de las uniones en las superficies superiores.
- Epicóndilo externo bilateral: ubicado 2 centímetros por debajo de los epicóndilos.
- Glúteo bilateral en los cuadrantes superiores externos de los glúteos, en el pliegue anterior del músculo.
- Trocánter mayor bilateral localizado detrás de la prominencia trocantérica.
- Rodilla bilateral: en el tejido subcutáneo de la parte interna, por encima de la línea de la articulación.

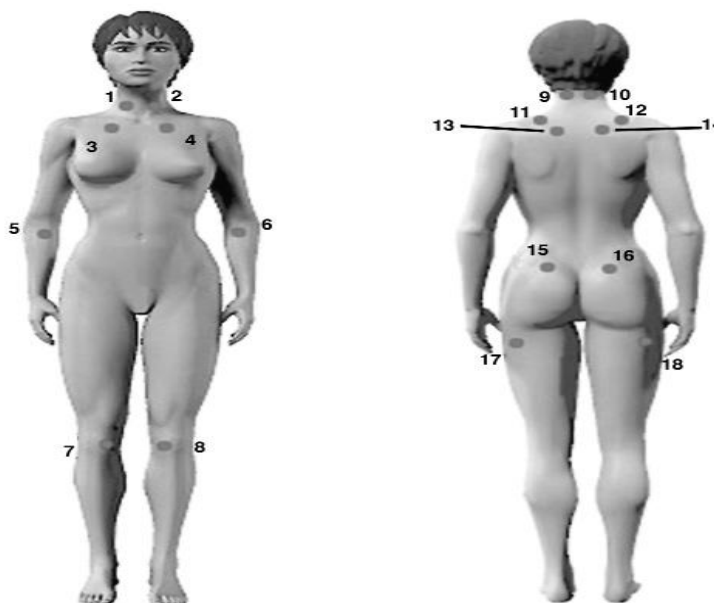


Figura 1. Distribución de los puntos sensibles en la fibromialgia.

De *Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento*. El estado de la cuestión (p.432), por Villanueva y cols., 2004, Revista de la Sociedad Española del Dolor

Según López y Mingote (2008), en la actualidad estos tres criterios son cuestionados como insuficientes para realizar el diagnóstico. De acuerdo con ello, Martín

(2011) plantea que además del dolor ósteo-muscular crónico generalizado, se deben tomar en cuenta otros síntomas que se presentan con la enfermedad. Ellos pueden o no presentarse, entre ellos:

- Debilidad generalizada.
- Alteraciones del sueño, presentando por lo general problemas para conciliar el sueño, interrupciones de éste durante la noche, espasmos musculares en los brazos y piernas durante el sueño (mioclonus). Nivel profundo del sueño se ve dificultado por los dolores.
- Fatiga.
- Rigidez de forma leve.
- Cefaleas.
- Sensación de entumecimiento, hormigueo e hinchazón en una extremidad.
- Colon irritable.
- Vejiga irritable, que se entiende como necesidad constante de ganas de orinar.
- Caída del cabello.

No existen pruebas complementarias ni datos radiológicos que apoyen el diagnóstico. Los resultados de exámenes de sangre, radiografías y biopsias musculares presentan resultados normales, siendo elemento del diagnóstico la normalidad de las mismas. Aun así, es importante que se realicen una serie de pruebas con el objetivo de llevar a cabo el diagnóstico diferencial de manera correcta. Para ello se deben considerar enfermedades reumáticas y otros trastornos en los cuales juegue un papel fundamental el dolor, la rigidez músculo-esquelética y extraarticular. Entre ellas se suelen encontrar las enfermedades autoinmunes, malignas o neuromusculares; las alteraciones endocrinas y síndromes como el serotoninérgico. Sin embargo, la presencia de alguna de estas enfermedades no descarta la concomitancia con la fibromialgia. En consecuencia, es fundamental distinguir los síntomas de cada una de ellas exhaustivamente con el fin de evitar el exceso de exploraciones complementarias y la iatrogenia medicamentosa (Martín, 2011; Villanueva y cols., 2004).

2.1.6 Diagnóstico Diferencial

De acuerdo con Cuevas (2010), la fibromialgia puede aparecer unida a enfermedades reumáticas u otros síndromes funcionales que complejizan aún más el diagnóstico y complican su evolución y tratamiento, recibiendo el nombre de fibromialgia secundaria. No obstante, la clave se encuentra en la severidad de los síntomas, su persistencia en el tiempo, ausencia de anomalías biológicas o psicológicas que puedan explicar el conjunto de síntomas y, sobre todo, el impacto físico, social y laboral.

Dentro de los principales síndromes funcionales se encuentra el síndrome de dolor miofascial (dolor localizado principalmente en el cuello o la cabeza, de al menos tres meses de duración); síndrome de intestino irritable (dolores o molestias abdominales recurrentes acompañados o provocados por diarrea o estreñimiento durante al menos tres meses); síndrome articular temporomandibular (dolor recurrente facial/mandibular y movimientos limitados al abrir la mandíbula, al menos durante seis meses).

Por otra parte, en relación a los criterios de la fibromialgia y los del síndrome de fatiga crónica (SFC), Cuevas (2010) expresa que éstos suelen encontrarse muy fusionados. Los criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica recogen dos puntos fundamentales. El primero de ellos es la fatiga crónica, que es persistente e inexplicable y no es consecuencia del esfuerzo, no cesa al acostarse la persona y manifiesta una severidad suficiente como para reducir las actividades de la vida diaria de manera significativa. El segundo de los criterios está relacionado con la presencia de cuatro o más síntomas durante al menos 6 meses: dolor de cabeza, alteraciones en la concentración y memoria a corto plazo, dolor muscular, sueño pobre y no reparador, malestar después del ejercicio y dolor en los ganglios linfáticos.

Cuevas (2010) también manifiesta que tanto el SFC como la fibromialgia comparten características comunes, entre las cuales están: la cronicidad, ambos son de causa desconocida, comparten síntomas clínicos, afectan principalmente a mujeres, no existe una terapia efectiva y pueden provocar incapacidad. En este sentido, la severidad de la fatiga sería determinante para el diagnóstico de la SFC y la del dolor para el de la fibromialgia.

2.2 El dolor

2.2.1 Fisiología del dolor

Según Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese, Moliner-Urdiales y Reverter-Masías (2008) desde un punto de vista neurológico, el dolor es la consecuencia de la activación de fibras del sistema aferente somático general, es decir, de conducción aferente hacia el sistema nervioso central y de actividad medular y cerebral.

Los receptores del dolor, o nociceptores, son terminaciones nerviosas libres (neuronas sensitivas de los nervios periféricos), situadas en la epidermis, en los tejidos corporales o en la capa muscular lisa de las vísceras y los vasos sanguíneos. Su activación puede hacerse por medio de estímulos mecánicos o térmicos, o a través de sustancias producidas por reacciones químicas. Cuando estos nociceptores son activados, liberan neuropéptidos (sustancia P, CGRP, bradicinina, citocinas, histaminas, serotonina, acetilcolina, etc.) en el cuerpo dorsal medular. Estos mensajeros del dolor reciben el nombre de algógenos. Los nociceptores tienen tres características: poseen un alto umbral de estímulo, por lo que tardan en ser activados pero una vez excitados transmiten la información de manera muy potente; no muestran adaptación con el fin de mantener continuamente informado al organismo de la presencia de la amenaza y, finalmente, tienen la capacidad de codificar la intensidad del estímulo en una frecuencia de impulsos (López-Chicheri, 2012).

De acuerdo con Byers y Bonica (2001, c.p. López-Chicheri, 2012) la conducción aferente del dolor es realizada por tres neuronas. La neurona I, formada por dos tipos de fibras.

- A-delta, mielinizadas y más rápidas. Se encargan de la transmisión de origen mecánico y térmico, asociado con el dolor agudo y bien localizado.
- C, amielínicas y más lentas. Son fibras polimodales que responden a estímulos de tipo químico, térmico y mecánico persistentes. Conducen el dolor físico y pobremente localizado, y además fuertes efectos emocionales.

Habitualmente, ante un estímulo doloroso se activan los dos sistemas de conducción. De esta manera, el comienzo de un estímulo doloroso ocasiona una “doble” sensación de dolor. En primer lugar, surge un dolor rápido-agudo, que se transmite al cerebro por las fibras A-delta, el cual avisa al individuo de la existencia de un agente lesivo buscando la respuesta de evitación/anulación de la estimulación. Aproximadamente un segundo después, se presenta una segunda sensación lenta conducida por las fibras C, que avisan al individuo del mantenimiento del daño (López-Chicheri, 2012).

La neurona II tiene su origen en las astas dorsales medulares, cruza la médula, sale por el cuerpo posterior y llega al núcleo posterolateral del tálamo. Cuando el estímulo cruza la médula hasta el asta posterior se obtiene un alto grado de procesamiento sensitivo, logrando así la modulación de la nocicepción y otras sensaciones mediante un complejo procesamiento a nivel local (Porro, 2003, Villanueva y cols. 2004, c.p López-Chicheri, 2012).

La neurona III va desde el núcleo posterolateral del tálamo a la zona de proyección de la corteza somatosensorial fundamentalmente. En general toda esta vía es muy rápida.

Según López-Chicheri (2012), en la experiencia del dolor participan múltiples áreas, que establecen interconexiones bilaterales como procesamiento somatosensorial, percepción (áreas del lóbulo parietal posterior), atención (corteza anterior del cíngulo, corteza somatosensorial primaria, corteza premotora ventral), reacción emocional (tálamo, sistema límbico), funciones autonómicas, respuestas conductuales (tálamo, cerebro, putamen, globo pálido, corteza motora suplementaria, corteza premotora ventral y corteza anterior del cíngulo), entre otras.

Las vías descendentes que controlan y modifican la actividad de todos los sistemas ascendentes son las fibras que se originan en neuronas de los núcleos del rafe, de la formación reticular y del hipotálamo y terminan en los cuerpos posteriores medulares.

2.2.2 Teoría de la Puerta de Control

Eladi (2006) señala que hacia 1965, el psicólogo Ronald Melzack y el

neurofisiólogo Patrick Wall, desarrollaron la teoría de la puerta de control, la cual sostiene que la médula espinal contiene "puertas" nerviosas que bloquean las señales de dolor o permiten que lleguen al cerebro. La "puerta" se abre por la actividad de las señales del dolor que ascienden por las fibras nerviosas cortas y se cierra gracias a la actividad de las fibras nerviosas largas o por la información que proviene del cerebro.

López-Chicheri (2012) enfoca el concepto del dolor como proceso perceptivo, complejo, multideterminado y multidimensional que ha favorecido el cambio de los procedimientos que tradicionalmente se habían venido empleando para su estudio, evaluación y tratamiento. La Teoría de la Puerta de Control del Dolor es considerada la principal teoría multidimensional del dolor. Postula diferentes estructuras neurales implicadas en el dolor y un mecanismo medular de control de los mensajes dolorosos al cerebro. El modelo tiene en cuenta la importancia del sistema nervioso central y periférico y la interacción de ambos con las variables psicológicas del sujeto que siente dolor.

Este mismo autor describe el proceso del dolor como sigue:

Las fibras A-delta y C llegan a la médula y de aquí se envían impulsos aferentes a diferentes estructuras cerebrales (hipotálamo, tálamo y córtex cerebral). En el córtex cerebral se produce la interpretación del evento como doloroso y se abre el mecanismo de la compuerta medular para que se transmita al cerebro la sensación de dolor. La activación de las fibras A-beta (tacto, presión) no transmite estímulos de dolor, por cuya razón la compuerta permanece cerrada. Este mecanismo está controlado por las células T, que son transmisoras de la sustancia gelatinosa del asta dorsal de la médula espinal. Estas células responden a dos tipos de información.

- Información Ascendente: aferencias sensoriales periféricas que pueden abrir o cerrar la puerta, en función del tipo de fibra que ha sido estimulada. Las fibras A-delta y C abren la compuerta produciendo dolor una vez que se ha alcanzado determinado umbral.
- Información Descendente: procede de los procesos cognitivos o emocionales superiores que pueden modular la experiencia de dolor haciendo que las puertas se abran o cierren.

En esta modulación, según López-Chicheri (2012) existen tres sistemas superiores implicados:

- Sistema Sensorial-discriminativo: desde los cordones posteriores de la médula espinal llega la información nociceptiva. Este sistema es el encargado de manejar la información relativa a la localización, intensidad y duración del estímulo nociceptivo.
- Sistema Motivacional-afectivo: es regulado por el sistema límbico y la formación reticular, la información llega a través del sistema ascendente. En él se percibe la sensación de dolor como desagradable y aversiva, favoreciendo respuestas de lucha/huida.
- Sistema Cognitivo-evaluativo: regulado por el lóbulo frontal, integra la información nociceptiva con las experiencias previas, pensamientos o creencias relacionadas con el dolor, emociones, conductas, contexto.

Es la interacción entre estos tres sistemas los que determinan la experiencia de dolor. La compuerta puede cerrarse o abrirse a nivel pre sináptico a través de la activación de fibras mediante señales emocionales, conductuales, y/o cognitivas que disminuyen o potencian el dolor. Esto podría explicar el hecho de que una misma información nociceptiva pueda ser experimentada de manera diferente por una misma persona, en función de distintos factores.

Como punto importante esta teoría incorpora los factores psicológicos a la experiencia de dolor, ya que hasta ese momento solo habían sido consideradas consecuencias del mismo (López-Chicheri, 2012).

2.2.3 Clasificación del Dolor

De acuerdo con López-Chicheri (2012) existen diversas clasificaciones del dolor según el criterio que se utilice. El criterio temporal distingue entre dolor agudo y crónico. Si se toma en cuenta la causa, se distingue entre dolor nociceptivo, neuropático o idiopático, en función de si se debe a los nociceptores, a una lesión de origen nervioso o

si su etiología es desconocida. Si el dolor procede de una zona del cuerpo que ha sido amputada, se habla de dolor proyectado. Según su origen anatómico, el dolor es somático, originado de estructuras somáticas superficiales o profundas, y visceral, si proviene de las vísceras.

Otras clasificaciones establecen diferencias entre el dolor que se manifiesta por alguna alteración física, llamado dolor orgánico, y el dolor en el que no se detecta sustrato físico que pueda explicarlo, es decir, dolor psicógeno (Miró, 2003).

- El Dolor Agudo

De acuerdo a criterios temporales, por dolor agudo se entiende el dolor limitado en el tiempo, cuya manifestación varía en función del daño y que desaparece al ser tratada la causa que lo originó. Tiene una función adaptativa, de alarma para el organismo (González, Fernández y Torres, 2010).

- El Dolor Crónico

El dolor crónico, por su parte, es aquel con una duración superior a tres meses, resistencia al tratamiento y para el que no existe alguna relación entre la magnitud de la lesión y la intensidad del dolor (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005).

Según López-Chicheri (2012) dentro de la clasificación del dolor crónico, se distingue entre dolor crónico periódico o recurrente (dolor intermitente) y dolor crónico continuo (no desaparece aunque varíe de intensidad). En el caso del dolor crónico, éste no tiene función adaptativa, es un dolor persistente que no responde a los tratamientos médicos convencionales y que supone un proceso destructivo físico, psicológico y social para el paciente.

El dolor crónico va adquiriendo la entidad de enfermedad en sí misma, afectando seriamente la estabilidad emocional, el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida. El paciente poco a poco va disminuyendo el número de relaciones sociales y va perdiendo el apoyo social del que disponía, suponiendo sentimientos de incapacidad para realizar las labores cotidianas y problemas económicos (López-Chicheri, 2012).

- Dolor Somático

De acuerdo a López-Timoneda (1996) el dolor somático proviene de estímulos somáticos superficiales o profundos y resulta de la activación de nociceptores y es transmitido por los nervios somáticos.

- Dolor Visceral

Es un dolor difuso, difícil de localizar, cuyo origen se encuentra en las vísceras huecas. Por lo general está referido a un área de la superficie corporal, estando acompañado por una intensa respuesta motora (López-Timoneda, 1996).

- Dolor Psicógeno

Es un dolor sin causa orgánica, que se origina como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Es un síndrome crónico real que precisa de un tratamiento psiquiátrico específico (López-Timoneda, 1996).

2.2.4 Percepción del dolor

El dolor es una experiencia subjetiva difícil de evaluar objetivamente por lo variado de su expresión. Es una experiencia sensorioemocional compleja, que se encuentra modulada por factores cognitivos y que involucra un complejo sistema neural (Deus, 2009).

Históricamente el dolor ha sido considerado de diversas maneras, comenzando por planteamientos simplistas hasta encontrar planteamientos modernos basados en modelos multidimensionales (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

De acuerdo a Melzack y Wall (1982 c.p. Jiménez, 2012) en la antigüedad se pensaba que el dolor crónico era proporcional al tamaño de la lesión, cuanto más grande la herida, más dolor se sentía. Los primeros intentos dirigidos a explicar el fenómeno del dolor se amparaban bajo el modelo médico del paradigma científico, el cual toma en cuenta la etiología de la enfermedad, prevención y cura centrándose en los componentes

fisiológicos. Este modelo enfoca el dolor desde una experiencia puramente sensorial, las limitaciones de este enfoque quedan en evidencia ante los casos de dolor del miembro fantasma, la hiperalgesia o la alodinia (dolor producido por estímulos que normalmente no causan dolor), ya que el modelo no toma en cuenta ningún otro factor aparte del biológico (López- Chicheri, 2012).

A partir de la conceptualización del dolor como experiencia perceptual, en parte, gracias a la consideración de la propuesta de Engel del modelo Biopsicosocial, la salud pasa a ser conceptualizada como el conjunto de interacciones dinámicas y recíprocas entre variables biológicas, psicológicas y socioculturales (Turk y Okifuji, 2002, c.p López-Chicheri, 2012). En relación con esto, también surge la definición del dolor propuesta por la *International Association for the Study of Pain* (1979,1986 c.p. Truyols y cols., 2008), que plantea que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que está asociada a una lesión histórica, presente o potencial, o que es descrita en términos de esta lesión. Esta definición invalida la conceptualización del dolor como una modalidad únicamente sensorial y le da especial relevancia a la subjetividad del paciente, resaltando el papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor.

De acuerdo con la teoría de la puerta de Melzack y Wall (1982 c.p. Jiménez, 2012), la experiencia dolorosa está compuesta por tres dimensiones:

- Dimensión física sensorial: su función es transmitir la estimulación nociceptiva (intensidad, localización, duración).
- Dimensión afectiva: supone la clasificación del dolor como agradable o desagradable, teniendo en cuenta las emociones que produce.
- Dimensión cognitiva o evaluativa del dolor: la interpretación del dolor según los aspectos atencionales, basada en experiencias anteriores (contexto sociocultural, creencias, actitudes).

Melzack y Casey (1968 c.p. Pedrajas y Molino, 2008) hacen alusión a estas tres dimensiones, señalando que: 1. De acuerdo a la dimensión sensitivo-discriminativa se reconocen las cualidades sensoriales del dolor, como lo son la localización, intensidad,

calidad, características espaciales y temporales. 2. La dimensión cognitiva evaluadora es la que considera no sólo la percepción como tal y cómo se está sintiendo la persona, sino que también valora el significado de lo que ocurre y lo que posiblemente ocurra. 3. La dimensión afectivo-emocional que se basa en el componente emocional que genera la sensación dolorosa, donde confluyen los deseos, los temores, las esperanzas y la angustia.

Esta visión integral y dinámica favorece la consideración del dolor como una percepción compleja y multidimensional, influida por aspectos genéticos, sensoriales, cognitivos, comportamentales, emocionales y la interacción entre ellos. Así, el acercamiento a la experiencia del dolor debe realizarse desde una perspectiva integral biopsicosocial, en la cual el dolor se considere como el resultado de la interacción de componentes biológicos que puedan provocar y mantener el dolor, de componentes psicológicos que influirán en la percepción de la experiencia subjetiva interna, y finalmente, de elementos socioambientales que funjan como moduladores de la percepción de la estimulación nociceptiva y moldeadores de las respuesta del organismo (López- Chicheri, 2012;Truyols y cols., 2008).

2.3 Condiciones psicológicas asociadas a la fibromialgia

La fibromialgia, es una de las enfermedades que más comorbilidad psiquiátrica presenta. En relación a ello, se ha observado que la psicopatología se puede correlacionar con la duración de la enfermedad y la intensidad del dolor. Así, esta enfermedad implica una afectación física y también psicológica; en este sentido, surge una controversia en relación al carácter primario o secundario de la sintomatología psicológica en la fibromialgia, es decir, parece no haber consenso en considerar a la psicopatología como inherente a la enfermedad o posterior a ella (Blasco y cols., 2006).

La consideración de la fibromialgia como un trastorno psiquiátrico no tiene sustento en la evidencia científica. Sin embargo, según García-Bardón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes (2006), diversos estudios prospectivos y un diseño de investigación en torno a la causalidad han mostrado que la presencia de trastornos psiquiátricos puede predecir los dolores de varios tipos.

Las enfermedades crónicas suelen coexistir con sintomatología ansiosa y

depresiva, en especial aquellas cuyo síntoma más característico es el dolor. Desde el año 1968, se considera a las emociones como una de las dimensiones intervinientes en la configuración de la experiencia de dolor. Se plantea que existe una relación directa entre el sistema de modulación nociceptiva y el sustrato neuroquímico de las emociones, razón por la cual éstas pueden favorecer o dificultar el sistema responsable de regular y modular el dolor. En este sentido, la ansiedad y la depresión se han relacionado con la génesis, mantenimiento, exacerbación del dolor crónico, con la frecuencia de uso del sistema sanitario y con el grado de incapacidad funcional de quienes padecen dolor crónico (Blasco y cols., 2006; Truyols y cols., 2008).

2.3.1 Ansiedad

Belloch y Sandín (1995 c.p. Rodríguez y Zamorano, 2008) definen la ansiedad como una reacción emocional consistente donde se presentan sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, preocupación y una activación o descarga del sistema nervioso autónomo. Por su parte, Sarason y Sarason (2006) plantean que el término ansiedad se define generalmente como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago, muy desagradable, donde la persona no suele ser consciente de a qué le teme. Se manifiesta acompañado de ritmo cardíaco acelerado, sofoco, disnea, aumento de frecuencia respiratoria, opresión torácica, pérdida de apetito, sudoración, desmayos, mareos, náuseas, molestias digestivas, insomnio, micción frecuente, sentimientos de incertidumbre, impotencia, pensamientos intrusivos, preocupación o sentimientos aprensivos sobre el futuro, hipervigilancia, tensión motora, entre otros síntomas.

Blasco y cols. (2006) plantean que algunos autores expresan que un 47% de los pacientes con fibromialgia padecen de algún trastorno de ansiedad. Así, la ansiedad se relaciona con el dolor crónico constituyendo una de las respuestas psicológicas mediadoras de la experiencia del dolor. Funciona como potenciadora o mantenedora del éste, por lo que se considera que mientras mayores sean los niveles de ansiedad, el dolor se percibirá como más intenso y desagradable. La ansiedad y el dolor tienen en común diversos aspectos en cuanto a la medida, respuestas fisiológicas y tratamiento resultante, lo que dificulta la diferenciación entre ambos. En este sentido, la ansiedad que se presenta

de manera continua produce un aumento de la tensión muscular, alteraciones del sistema nervioso autónomo y una percepción alterada de los estímulos dolorosos. Estas características tienen como consecuencia que la sensación dolorosa se mantenga por más tiempo, aun cuando el estímulo nociceptivo haya cesado (Truyols y cols., 2008).

Algunas hipótesis explicativas que tratan de establecer los mecanismos por los cuales se relaciona la ansiedad y el dolor, plantean que existe una influencia de la ansiedad sobre la tensión muscular perpetuando el input nociceptivo, al actuar como un reflejo sobre la zona con dolor, generando así que éste aumente y se cree un círculo de dolor-ansiedad-tensión-dolor. Por otro lado, también se sugiere que la ansiedad es parte integral de la reacción de estrés que se da ante el dolor, facilitando así que éste sea percibido y que se reduzcan sus niveles de tolerancia (Truyols y cols., 2008).

A partir de la teoría atencional, se considera que la ansiedad contribuye a que haya una mayor focalización atencional, dando como resultado la detección de más áreas de dolor, más evaluaciones amenazantes y negativas del mismo, un aumento del nivel de alerta hacia el dolor y una disminución en la capacidad de discriminar entre estímulos dolorosos y no dolorosos (Truyols y cols., 2008).

2.3.2 Depresión

La depresión también ha sido asociada con la fibromialgia, encontrando que alrededor del 50% de los pacientes con dolor crónico sufren depresión, sea ésta previa o concomitante a la enfermedad. El padecimiento de la depresión se encuentra en el 30% de los pacientes con fibromialgia en el momento que acuden a consulta y en el 60% en algún momento de su historia (Blasco y cols., 2006; Pérez-Pareja y cols., 2004).

La depresión es un síndrome que se puede caracterizar por la presencia de tristeza patológica, sentimiento negativo, desagradable y displacentero, anhedonia, irritabilidad, apatía, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, llanto fácil, ideas de muerte, intentos suicidas, entre otros síntomas afectivos. Suele verse acompañado de bradipsiquia, pensamiento pesimista, excesivas preocupaciones y rumiaciones negativas, disminución en la capacidad de concentrarse e insomnio. En cuanto a los síntomas somáticos, aparecen con mayor frecuencia la fatigabilidad, cefaleas, trastornos digestivos, pérdida de

libido (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

Algunas investigaciones plantean que la fibromialgia es consecuencia de los trastornos afectivos, en vista de que éstos suelen preceder dicho cuadro. Entre ellos, Goldenberg y cols. (1986 c.p. Revuelta y cols., 2010) en un estudio realizado describen que la depresión precede a la mayoría de los casos de fibromialgia, apareciendo además como dato llamativo entre los antecedentes familiares. Por su parte, otros autores sostienen que se trata de una comorbilidad entre ambos cuadros o el estado de ánimo depresivo es una consecuencia de la fibromialgia. La depresión en pacientes con dolor crónico puede incrementar las conductas manifiestas de dolor y las cogniciones negativas respecto a éste y la enfermedad. Además, disminuye el nivel de actividad, lo que contribuye a un mayor grado de interferencia del dolor en sus vidas (Truyols y cols., 2008).

Hudson y Pope (1992 c.p. Revuelta y cols., 2010) también establecen tres hipótesis: 1. La fibromialgia es una manifestación de la depresión. 2. La depresión es consecuencia de la fibromialgia. 3. Existen anormalidades fisiopatológicas comunes a ambas patologías. Respecto a esto, se encuentra que tanto en la fibromialgia como en la depresión destaca la implicación de la serotonina y la noradrenalina, y la existencia de anormalidades en la cantidad, volumen o tasa de catecolaminas y de opiáceos endógenos; Respecto a esta última hipótesis, Panerai (2002 c.p. Revuelta y cols., 2010) postula que la fibromialgia consiste en una activación del sistema inmunológico, mientras que la depresión supone una supresión de éste, lo que consideraría como un criterio diferencial.

Por otro lado, otra investigación plantea que el trastorno depresivo responde al modelo de indefensión aprendida, siendo secundario al desconocimiento de la etiología del dolor, lo cual desconcierta al paciente en relación al futuro de su enfermedad (Revuelta y cols., 2010).

2.3.3 Otras consideraciones psicológicas asociados a la fibromialgia

De acuerdo con García-Bardón y cols. (2006), algunos estudios indican que los pacientes con fibromialgia no sólo presentan depresión, ansiedad, fobias, somatizaciones y trastornos de pánico, sino que además, en presencia de estados distímicos o depresivos,

trastornos de ansiedad, obsesivos compulsivos y fóbicos, se pueden encontrar de manera concomitante afecciones relacionadas con la dependencia al alcohol y medicamentos, e inclusive, algunos trastornos de personalidad. El síndrome de estrés postraumático también ha sido relacionado con la fibromialgia. La incidencia de este trastorno parece ser alta pero no hay datos suficientes como para indicar que existe una relación causal entre ellos (Blasco y cols., 2006).

Martínez, Ferraz, Fontana y Atra (1995 c.p. Blasco y cols., 2006) realizaron un estudio con 47 pacientes con fibromialgia y un grupo control sano, encontrando que existía una prevalencia de un 68% de trastornos de personalidad en el grupo de pacientes con fibromialgia y un 8% del grupo control. También se han realizado diversos estudios con el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota, a través de los cuales se han obtenido perfiles significativamente más elevados en pacientes con fibromialgia, destacando las puntuaciones en hipocondriasis, histeria y psicastenia; sin embargo, otras investigaciones concluyen que no se hallan datos objetivos que puedan apoyar la existencia de un perfil psicológico para los pacientes con fibromialgia.

A pesar de la controversia respecto a un posible perfil psicológico de estos pacientes, Truyols y cols. (2008), sugieren una serie de características presentes en los pacientes con dolor crónico, entre las cuales se encuentra la tendencia a la ansiedad, rasgos ciclotímicos, histéricos, hipocondríacos, obsesivos y personalidad neurótica. Considera que se puede evidenciar recelo, dificultad para expresar respuestas agresivas u hostiles, algunos rasgos masoquistas y pasivos, utilización de mecanismos de inhibición-represión, actividad psíquica regulada por un pensamiento concreto, donde hay escasa producción imaginaria y fantasías.

García-Bardón y cols. (2006), consideran algunos componentes psicoanalíticos y plantean que las representaciones que evocan el dolor van a depender de las vivencias intersubjetivas en las que se desarrollaron, por ello es importante considerar cómo se significó el dolor en la evolución del paciente y cómo fue resignificado posteriormente ante las experiencias emocionales vividas en momentos críticos. En este sentido, se alude a la subjetividad del dolor, donde juega un papel fundamental la atribución de significados a los diversos hechos sensoriales desagradables.

Bion (1994 c.p. García-Bardón y cols., 2006) realiza una descripción de un

determinado tipo de personas, quienes tienen como característica que toleran poco el dolor y presentan cierta incapacidad para soportarlo. Señala que estos pacientes que poseen dificultades para contener el dolor, con frecuencia también tienen dificultades para sentir placer y otro tipo de afectos.

Por otro lado, algunos estudios han encontrado como antecedente importante las experiencias adversas durante la infancia, en especial abusos sexuales y aprendizaje de comportamientos maladaptativos. En relación a ello, se ha evaluado la relación entre los síntomas de dolor físico y las historias de abusos físicos o sexuales que hayan acontecido en la infancia de estudiantes sanos de ambos sexos, encontrando que las mujeres relataban 2 veces más experiencias adversas que los hombres. Además, se evidenció que las personas con estas historias experimentaban dolor en más sitios, con mayor intensidad, más demandas de atención médica, mayor catastrofismo y más trastornos psicológicos, como depresión, somatización, temperamento negativo (García-Bardón y cols., 2006).

La fibromialgia ha sido relacionada con los trastornos por somatización y desde la perspectiva psicósomática de orientación psicoanalítica, se caracterizan a estos pacientes destacando la dificultad de introspección y la alexitimia, entendiendo ésta como la incapacidad o dificultad para descubrir, reconocer o expresar emociones o el propio estado de ánimo. En relación a ello, McBeth, McFarlane, Benjamin y Silman (2001 c.p. García-Bardón y cols., 2006) realizan un estudio prospectivo de población y demuestran que diversos indicadores de somatización basales, en particular una conducta de enfermedad y un nivel alto de síntomas somáticos, pueden predecir el desarrollo de dolor crónico que es irradiado después de un año. Este hallazgo es congruente con los actuales esquemas de clasificación de grupos de pacientes con fibromialgia, considerando que la amplificación del síntoma podría ser debido a una percepción patológica de los estímulos internos.

Los pensamientos erróneos sobre sí mismo o sobre la situación personal, están asociados con el dolor y la discapacidad que subyace a los problemas crónicos. Por su parte, los esquemas cognitivos sobre la naturaleza y progresión de la enfermedad tienen repercusión en la conducta de los pacientes y, además, las formas en las que se interpretan y se le dan significado a lo que acontece durante ésta, afectan la forma en la

que serán presentados los síntomas ante las demás personas (García-Bardón y cols., 2006).

Los esquemas cognitivos y afectivos pueden activar los estados de dolor crónico, aunque no se encuentren presentes los factores físicos. En este sentido, se ha encontrado una correlación significativa entre cogniciones negativas y la intensidad del dolor percibida; así como también parece que el estilo de afrontamiento del paciente, las percepciones catastróficas sobre la naturaleza de la enfermedad, el temor a problemas futuros o a las lesiones, pueden predecir su cronicidad (García-Bardón y cols., 2006).

En cuanto a los errores cognitivos, se encuentra que la tendencia a la dramatización, la indefensión y la sobregeneralización de los acontecimientos asociados al dolor o la culpa, suelen relacionarse con un nivel mayor de dolor, disfunción física y psicológica; mientras que los estilos de afrontamiento con mayor percepción de control se ven asociados a un mejor ajuste (Truyols y cols., 2008).

En este sentido, los pacientes que posean un locus de control interno presentan un mejor funcionamiento junto a una adaptación positiva al dolor, mientras que aquellos con un locus de control externo presentan un peor ajuste (Truyols y cols., 2008).

2.4 Fibromialgia y neuropsicología

En la actualidad, el perfil neuropsicológico de los pacientes pertenecientes a diferentes poblaciones clínicas, ha sido de interés en diversos estudios, y los pacientes con fibromialgia no son la excepción. Algunas investigaciones han determinado, de manera objetiva, la presencia de disfunciones cognitivas en estos pacientes. Con frecuencia, se hace alusión a quejas en relación al deterioro de la función cognitiva y del estado de alerta mental; dentro de los diversos síntomas cognitivos se encuentran la alteración de la atención general y la selectiva, dificultad para concentrarse, lentitud mental y deterioro de la memoria, encontrando particularmente una dificultad para recordar palabras y nombres, todo ello acompañado de que el paciente se siente abrumado al enfrentarse con diferentes cosas que hacer a la vez. En este sentido, dichas alteraciones afectan el desempeño laboral de los pacientes, considerándose muchas veces como un síntoma perturbador e incapacitante, incluso más que el dolor en sí (Munguía-

Izquierdo y cols., 2008).

2.4.1 Funciones cognitivas

Las funciones cognitivas han sido estudiadas en varios niveles y para su comprensión hay un esfuerzo de investigación multidisciplinario. La cognición es considerada como el conjunto de procesos que posibilitan que se procese la información y que se desarrolle el conocimiento. Estos procesos son llamados funciones cognitivas y pueden entenderse como procesos mentales que le permiten a la persona recibir la información del entorno, procesarla, memorizarla y disponer de ella para su uso posterior (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2009).

Las funciones cognitivas más elevadas se vinculan con los procesos más elaborados del cerebro humano. Se considera que son el producto de la fase más reciente de la evolución del cerebro y están ubicadas en la corteza primordialmente. Todos los aspectos de la cognición dependen de la integración de la actividad de diversas áreas cerebrales. Por un lado existen habilidades cognitivas que se encuentran ubicadas en regiones específicas del cerebro, por el otro, existen habilidades que tienen una base neuronal ampliamente distribuida. Algunas de las funciones principales son la percepción, atención, concentración, orientación, cálculo, memoria, lenguaje, razonamiento y juicio, entre otras. Se consideran que estas funciones cognitivas actúan interiorizando la información y conocimientos nuevos mediante la adquisición, procesamiento, clasificación e integración de la información (Gómez, 2013; Leturia y cols., 2001; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2009).

2.4.1.1 Atención

Muñoz y cols. (2009), definen la atención como la habilidad mental de generar y mantener un estado de activación que posibilita que la información sea procesada de manera adecuada. La atención da paso a la selección de información específica entre múltiples fuentes que se encuentren disponibles; con ello se alude tanto a estimulación

interna como externa, memorias, pensamientos, y también, acciones motoras. De acuerdo con ello, la atención debe ser comprendida como un sistema complejo de subprocesos especializados que brinda precisión, velocidad y continuidad a la conducta.

Fúster (1995 c.p. Rebollo y Montiel, 2006) plantea que los objetivos de la atención son: la percepción exacta de los objetos y la ejecución precisa de acciones específicas, particularmente si hay otros objetos o acciones disponibles; aumentar la velocidad de las percepciones y acciones con el fin de preparar el sistema que las procesa; y mantener la atención en la percepción o acción todo el tiempo que sea necesario.

Por su parte, Luria (1984 c.p. Rebollo y Montiel, 2006) expresa que la atención es el factor responsable de extraer los elementos importantes para la actividad mental. La define como un proceso que permite mantener una estrecha vigilancia sobre el curso preciso y organizado de ésta. Así, se comienza a jerarquizar la selectividad y la permanencia de la atención, considerando que no se trata de un proceso único, sino de uno con distintas modalidades.

En este sentido, el Modelo de Sohlberg y Mateer (1989 c.p Muñoz y cols., 2009), proporciona una consideración funcional de la atención. Éste ha sido aplicado en la evaluación y tratamiento de alteraciones producidas por el daño cerebral y brinda un marco teórico para la implementación de diversos materiales y programas diseñados para la rehabilitación. El modelo es jerárquico y asume que cada nivel requiere que funcione correctamente el nivel atencional previo, siendo cada vez más complejo el proceso. Estos autores en su modelo proponen seis componentes:

- Arousal o energía de activación: Capacidad de mantenerse alerta, de seguir estímulos u órdenes. Se refiere a la activación general del organismo que tiene que ver con el papel de la formación reticular del tallo cerebral, el cual otorga el tono cortical necesario para que la corteza cerebral pueda recibir, procesar y almacenar la información.
- Atención focal: Alude a la habilidad para focalizar la atención en un estímulo determinado.
- Atención sostenida: Es la capacidad de mantener una respuesta de manera

consistente durante un período de tiempo extenso.

- Atención selectiva: Capacidad de seleccionar la información que es relevante de procesar o el esquema de acción apropiado de entre varias posibilidades, mientras que se inhibe la atención a unos estímulos y se atiende a otros.
- Atención alternante: Permite cambiar el foco de atención entre tareas a las que subyace un requerimiento cognitivo diferente. Ello se logra controlando la información que será procesada en cada momento.
- Atención dividida: Se refiere a la capacidad que permite atender a dos elementos al mismo tiempo, brindando la posibilidad de seleccionar de manera simultánea más de una información, proceso o esquema de acción. También permite que se distribuyan los recursos atencionales a diferentes tareas o requisitos de una misma tarea.

Sohlberg y Mateer (2001 c.p. Londoño, 2009) también consideran otro elemento que posibilita la respuesta necesaria de acuerdo con la demanda del medio. Proponen el spam o volumen de aprehensión, refiriéndose al número de elementos que pueden ser evocados tras la primera presentación del estímulo.

Londoño (2009) plantea que la atención funciona de una forma particular en contraste con los otros procesos cognitivos básicos, independientemente de que ocurran de manera simultánea. Por eso, propone una serie de características propias, entre ellas se encuentran:

- Orientación: Capacidad de dirigir los recursos cognitivos a eventos u objetos que sean importantes para que el organismo pueda sobrevivir.
- Focalización: Se refiere a la habilidad para centrarse en algunos estímulos al mismo tiempo.
- Concentración: Tiene que ver con la cantidad de recursos de atención que se dirigen a una actividad o a un fenómeno mental en particular.
- Ciclicidad. La atención se encuentra atada a los ciclos básicos de actividad y descanso. Se pueden observar variaciones con periodos de aproximadamente 90 minutos, en condiciones de libre curso.

- Intensidad: Se relaciona primordialmente con el grado de interés y el significado de la información presentada. Por lo que se ubican diferentes grados que pueden ir desde el desinterés hasta la concentración profunda. También se denomina como grado de concentración.
- Estabilidad: Se refiere al tiempo que una persona se mantiene atendiendo a una actividad o información. En los niños puede oscilar entre 15 y 20 minutos. Una vez inician la educación preescolar, la estabilidad de la atención aumenta de manera gradual hasta alcanzar períodos de más de una hora en el adulto, durante la cual puede permanecer realizando una actividad de manera ininterrumpida.

Por otro lado, Londoño (2009) expresa que el funcionamiento de la atención como proceso cognitivo, implica la participación de estructuras cerebrales. En este sentido, se considera a la atención como un proceso de tipo bucle, ya que requiere de interacciones complejas entre la corteza prefrontal, el tallo cerebral ventral y la corteza posterior. Entre las estructuras que se ven involucradas se encuentran:

- La formación reticular: Está ubicada en el centro del tallo encefálico y se asocia entre sus funciones la regulación del sueño-vigilia, la atención sostenida y el estado de alerta. La formación reticular ascendente conduce los impulsos y estímulos hasta la corteza, manteniéndola así en vigilia. También regula la entrada y modula la selección de la información sensorial.
- Los colículos superiores: Están vinculados con la atención visual. Su función consiste en el control de los movimientos oculares y de llevar los estímulos externos al campo visual. Por su parte, los colículos inferiores cumplen la misma función pero respecto a la información auditiva.
- Cerebelo: Interviene en procesos como el lenguaje, la memoria de trabajo, el razonamiento visoespacial y la atención selectiva. Además regula el tono y los movimientos.
- El tálamo: regula la atención selectiva y filtra la información para que pueda ser procesada por otras estructuras.
- El giro del cíngulo: Ubicado en la corteza cerebral, participa agregando un

contenido emocional a la información recibida, con el fin de que se pueda dar una respuesta adecuada.

- **Lóbulo parietal:** Participa en el procesamiento de los aspectos espaciales de la atención. Orienta y dirige la atención hacia los estímulos que se intentan localizar.
- **Lóbulo frontal:** Participa en la atención, las respuestas motrices, el control voluntario de los ojos, las respuestas a los estímulos novedosos, entre otros procesos. Se ha encontrado que en la atención dirigida participan mediante una conexión las regiones frontales, parietales y del cíngulo. Por su parte, las áreas prefrontales desempeñan un papel en la secuencia y organización de las respuestas.

2.4.1.2 Memoria

Kandel, Schwartz y Jessell (1997) plantean que la memoria es la retención o el almacenamiento del conocimiento que se posee sobre el mundo, el cual es adquirido por medio del aprendizaje.

Por su parte, Varela, Avila y Fortoul (2005), definen la memoria como una destreza mental que retiene y recuerda situaciones del pasado e información nueva. La memoria implica el registro, almacenamiento y recuperación de información, lo cual permite comprender y adaptarse al mundo. En este sentido, según Muñoz y cols., (2009), el proceso de memoria consta de tres fases:

- **Codificación:** En esta fase se transforma la estimulación sensorial en diversos códigos de almacenamiento con el objetivo de poder almacenar la información.
- **Almacenamiento o consolidación:** Se trata del resultado de la elaboración de la información que ha sido previamente codificada, con el fin de crear un registro temporal o permanente de la información.
- **Recuperación:** Acceso y evocación de la información que fue almacenada. Puede ser de manera verbal o procedimental.

De acuerdo con el modelo de Atkinson y Shiffrin (1968 c.p. Varela y cols., 2005),

la memoria se estructura en tres componentes que son: la memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. La primera, registra la información proveniente de los estímulos del entorno por fracciones de segundos. Se trata de una memoria temporal que se apoya en los receptores de los órganos sensoriales para realizar el registro, permitiendo percibir y organizar la información que es recibida.

Estos autores plantean que la memoria a corto plazo codifica y almacena la información temporalmente. Se considera que la capacidad de ella es limitada, ya que se puede retener de 5 a 9 unidades de información nueva. También es limitada en tiempo, teniendo una duración aproximada de 20 segundos; posteriormente la información se desvanece.

Morris y Maisto (2005) sugieren que la memoria a corto plazo tiene dos funciones principales, una es el almacenar de manera breve la nueva información y, la otra, es trabajar en ella. Por ello, también es llamada memoria de trabajo, haciendo énfasis en el componente activo o de trabajo de este sistema de memoria.

A diferencia de la memoria a corto plazo, la de largo plazo parece tener una capacidad ilimitada, almacenando información de manera permanente. Para que la información sea almacenada se requiere más tiempo y un poco de esfuerzo, ya que depende de la atención y la selección de la información (Varela y cols., 2005).

Respecto a la memoria a largo plazo, Morris y Maisto (2005) describen varios tipos, entre ellos:

- Memoria episódica: Es aquella que almacena recuerdos de eventos vividos en un momento y lugar específicos. Se trata de los recuerdos personales.
- Memoria semántica: Hace referencia a hechos o conceptos que no se encuentran ligados a un momento particular. Almacena información general.
- Memoria procedimental: Almacena información asociada con habilidades, hábitos y tareas perceptivo-motrices.
- Memoria emocional: Se encuentra relacionada con las respuestas emocionales aprendidas a diversos estímulos.

Este modelo de Atkinson y Shiffrin que estructura la memoria en sensorial, a

corto plazo y a largo plazo, ha sido criticado y, una de las propuestas que surge es el modelo de Craik y Lockhart (1972 c.p. Varela y cols., 2005), el cual sugiere que es de mayor provecho centrarse en las modalidades de procesamiento que en el estudio hipotético de las estructuras de la memoria. Mientras más profundo sea el procesamiento de la información, el recuerdo será más fácil.

Este enfoque parte de la idea de que existe un único almacén de memoria, en el cual existen niveles de procesamiento diferentes, lo que determinará la eficacia del almacenamiento, el acceso y la recuperación de la información. El primer nivel es el procesamiento tipo I, en éste el procesamiento del estímulo se caracteriza por ser superficial y está basado en la repetición como modo de procesar la información, sin que se realice ningún análisis profundo de ésta. El procesamiento tipo II es más profundo y elaborado. Proviene del análisis semántico y del establecimiento de relaciones entre el material nuevo y el que ya se encuentra almacenado, por lo que será mejor la retención y el recuerdo de la información (Muñoz y cols., 2009).

Por otro lado, surge el modelo de memoria operativa de Baddeley y Hitch (1974 c.p. Muñoz y cols., 2009), también en base a las limitaciones del modelo planteado por Atkinson y Shiffrin. Estos autores proponen un nuevo concepto de memoria a corto plazo llamado memoria operativa, la cual está compuesta de manera jerárquica por el bucle fonológico o lazo articulatorio, la agenda visoespacial y el ejecutivo central, siendo este último el que controla la memoria operativa.

El bucle fonológico es el almacén temporal, encargado del mantenimiento y la manipulación de la información verbal. Está conformado a su vez por el almacén fonológico, el cual mantiene por 1 o 2 segundos la información verbal, y un procesador de control articulatorio que procesa la información del almacén fonológico mediante la repetición subvocal (Muñoz y cols., 2009).

La agenda visoespacial es el procesador analógico que se encarga de almacenar temporalmente y de manipular material visual y espacial. Está conformada por un sistema de almacenamiento de material visoespacial y un mecanismo de repaso con el que se prolonga el tiempo de almacenamiento. Este subsistema se ve vinculado a la orientación geográfica, la ubicación espacial de los objetos, la planificación de tareas espaciales y de actos motores. Como último elemento de la memoria operativa está el ejecutivo central,

el cual es el centro de control de todo el sistema de memoria operativa. Se encarga de planificar, organizar y controlar el funcionamiento de los otros dos subsistemas (Muñoz y cols., 2009).

Por otro lado, Muñoz y cols., (2009), plantean otra clasificación de la memoria en función a la intencionalidad. En este sentido, distinguen entre memoria implícita y memoria explícita. La primera se trata del almacenamiento y recuperación no intencional o inconsciente de la información. Es un tipo de memoria independiente a la voluntad y consciencia de la persona que incluye formas de aprendizaje perceptivo y motor (Kandel y cols., 1997).

Por el contrario, la memoria explícita maneja el material consciente y es de carácter voluntario. En este caso la persona tiene intención de recordar y recuperar un determinado material. Incluye el aprendizaje sobre personas, lugares y situaciones, que puede relatarse verbalmente. La información almacenada en este tipo de memoria es más vulnerable al envejecimiento normal y patológico, al igual que al paso del tiempo (Kandel y cols., 1997; Muñoz y cols., 2009).

En función del tiempo la memoria también puede ser dividida en memoria prospectiva y retrospectiva. La prospectiva se refiere a las actividades o planes que deben realizarse en un futuro, sea próximo o lejano. Implica el recuerdo del momento y de la actividad en sí. La cantidad de información retenida es baja y vulnerable al olvido. Mientras que la memoria retrospectiva se refiere al recuerdo de acciones o sucesos del pasado (Muñoz y cols., 2009).

Así, Kandel y cols. (1997) plantean que hay tres propiedades a considerar respecto a la memoria. En primer lugar, la memoria tiene fases; en segundo lugar, la memoria a largo plazo está representada en diversas regiones abarcando todo el sistema nervioso y, en tercer lugar, la memoria implícita y explícita implican diferentes circuitos neuronales.

Por su parte, como lo explican los diversos modelos, la memoria es un proceso cognitivo complejo. Kandel y cols. (1997) expresan que la memoria implica diversas regiones del encéfalo, encontrándose regiones que son más importantes para algunos tipos de memoria en contraste con otras. Además, los diferentes tipos de memoria se almacenan en diferentes sistemas neuronales. De esta manera, Muñoz y cols. (2009)

describen algunas de las regiones cerebrales implicadas en la memoria:

- **Sistema límbico:** Está conformado por un conjunto de áreas que se localizan en la cara medial del lóbulo temporal. Entre ellas se encuentra el hipocampo, estructura que ha sido directamente asociada con el proceso de memoria, cumpliendo un papel primordial en la adquisición de información nueva. Su función está relacionada con la codificación, la consolidación del material y la transferencia de la información almacenada en la memoria a corto plazo al almacén a largo plazo. Otra de las estructuras implicadas, principalmente en el procesamiento del significado emocional de las experiencias y en el almacenamiento de los aspectos emocionales de la memoria, es la amígdala. No interviene en el almacenamiento de información objetiva pero cumple una función importante en el procesamiento de los componentes relacionados con la emoción. Los ganglios basales y el cerebelo también se asocian a esta función.
- **Diencefalo:** Junto al sistema límbico intervienen en el almacenamiento a largo plazo del material declarativo. Los axones del fórnix, en su mayoría son proyectados a los cuerpos mamilares del hipotálamo. Luego, la información se dirige al núcleo anterior del tálamo y de allí a la corteza cerebral. Los cuerpos mamilares del hipotálamo y los núcleos dorsomedial y anterior del tálamo se asocian a la codificación y consolidación de la información en la memoria a largo plazo declarativa. Por otro lado, el núcleo dorsomedial del tálamo también interviene en la activación del recuerdo, es decir, la recuperación de la información, y en el proceso de consolidación de la información, especialmente episódica. Mientras que el núcleo anterior del tálamo se asociaría principalmente con la codificación y consolidación de la semántica.
- **Córtex cerebral:** Es donde se realiza el almacenamiento permanente de la información. Los recuerdos son almacenados en forma de huellas mnésicas, conformadas por redes neuronales que se distribuyen a lo largo del córtex cerebral, donde cada región cumple una función particular. En el córtex postrolándico se procesa la percepción, por lo que se vincula con el almacenamiento de los recuerdos que se adquieren a través de los sentidos. El

lóbulo frontal se dedica al procesamiento de las acciones motoras, el razonamiento y la producción del lenguaje. El lóbulo temporal y el córtex prefrontal son los que se encuentran más implicados con el proceso de memoria. Por su parte, también existe especialización hemisférica, encontrando que el hemisferio derecho se relaciona con el material no verbal y el izquierdo con el verbal.

- Ganglios basales y cerebelo: Son dos estructuras vinculadas a la formación de hábitos, adquisición de habilidades y destrezas, aprendizaje por condicionamiento y la memoria procedimental, jugando un papel importante en la memoria implícita.

2.4.2 Investigaciones de los procesos de atención y memoria en los pacientes con fibromialgia

Esteve, Ramírez y López-Martínez (2001) plantean que es frecuente que pacientes que padecen dolor crónico reporten un funcionamiento deficiente de su memoria, siendo las quejas más comunes el no poder encontrar sus lentes, reloj o documentos; olvidar el nombre de amigos o citas que tenían pendientes; y perder el hilo de las conversaciones. En general, los déficits de memoria que manifiestan les impiden dedicarse a tareas más sedentarias pero que requieren que se mantenga la concentración, entre ellas consideran actividades como la lectura o ver televisión.

En este sentido, las investigaciones en el área reportan que se encuentra una diferencia en el rendimiento de la memoria de trabajo al comparar entre controles sanos y pacientes con fibromialgia, quienes presentaron un menor desempeño. Ello ha sido valorado en función de la cantidad de información que la persona pueda almacenar y procesar de manera simultánea. De manera concreta, parece verse más afectada la memoria de trabajo auditivo-verbal y verbal-espacial. También se han encontrado rendimientos más deficientes en memoria episódica, que alude a hechos específicos, y en la memoria a largo plazo, entendida como el recuerdo de la información aprendida. Por otro lado, a la hora de realizar el contraste entre pacientes y controles en relación a la velocidad de procesamiento de información, no todos los estudios han demostrado

diferencias (Castel y cols., 2008; Munguía-Izquierdo y cols., 2008).

Covelli, Antonaci y Puca (1984 c.p. Esteve y cols., 2001) evaluaron el deterioro en la memoria a corto y largo plazo en pacientes que padecían dolor de cabeza crónico, encontrando un deterioro en la memoria lógica, en la memoria visual y en el aprendizaje asociativo, por lo que la memoria a corto plazo sería la más afectada. Además, sostienen que las personas que padecían dolor por más años eran las que mostraban más deterioro.

Se considera que el dolor crónico puede ser un factor que incide en la presencia de déficit neuropsicológico, en especial, en diversos aspectos del procesamiento de información, la atención y la memoria. Algunos estudios sugieren que el dolor crónico capta la atención del paciente, teniendo así una repercusión en los procesos atencionales, lo cual afectaría consecuentemente el desempeño en los otros procesos cognitivos. La interferencia del dolor no sería general, sino que afecta en mayor medida a los procesos atencionales controlados, los cuales requieren mayor carga de atención. La variante de la intensidad del dolor que se presente también se encuentra asociada con el rendimiento en las tareas de atención (Castel y cols., 2008; Munguía-Izquierdo y cols., 2008).

Se ha propuesto el modelo de interferencia del dolor como una explicación de los problemas cognitivos de las enfermedades que se caracterizan por la presencia de dolor crónico. Este modelo sostiene que las alteraciones se deben a la interferencia de estímulos distractores, en este caso el dolor, el cual compite por los recursos cognitivos e impide que se procese y fije la información correctamente. De esta manera, el incremento de la carga cognitiva produce una disminución en el rendimiento. Respecto a ello existen diversos estudios que han aplicado este modelo en la fibromialgia, encontrando que las personas con fibromialgia rinden igual que la medida normativa, siempre y cuando las tareas sean libres de distracción, pero rinden hasta tres veces peor en tareas con estímulos distractores (Cuevas, 2010).

Otros hallazgos indican que cuando se controlan los niveles de ansiedad, depresión y sueño, las personas con fibromialgia presentan déficit en la memoria de trabajo verbal, en el juicio gramatical y en la memoria demorada; mientras que estas diferencias no se mantienen cuando se controla el dolor, considerándolo como una fuente de distracción o interrupción. La interrupción del dolor afecta en menor medida a la información que ha sido bien ensayada, por lo que una manera de mejorar el desempeño

de la memoria sería añadir ensayos de la información (Cuevas, 2010).

Luerding et al. (2008 c.p. Cuevas, 2010), señalan que las alteraciones en la memoria de trabajo se pueden deber a las dificultades en el manejo de la información distractora, basándose en que tanto el dolor como los procesos cognitivos, utilizan redes cerebrales similares o cercanas (córtex frontal y córtex cingulado), por lo que se haría que ambos procesos entraran en competencia por los recursos, disminuyendo de esta manera el funcionamiento cognitivo.

Por su parte, la presencia del dolor por sí sola y la intensidad, no son los únicos aspectos que explicarían la disminución del rendimiento en la atención, ya que la conciencia de patología somática y el elevado afecto negativo, también juegan un rol primordial (Castel y cols., 2008; Munguía-Izquierdo y cols., 2008).

Jamison, Sbrocco y Parris (1988 c.p. Esteve y cols., 2001) estudiaron las dificultades de concentración y memoria en 363 pacientes con dolor crónico y encontraron que las alteraciones están asociadas a conflictos en el hogar; con escaso apoyo social; altos grados de ansiedad, depresión e irritabilidad; con una menor satisfacción con su vida social y sexual; y con una interferencia mayor del dolor en la actividad diaria.

Suhr (2003 c.p Munguía-Izquierdo y cols., 2008) establece una relación entre la función cognitiva y la depresión en un nivel moderado y no encontró relación entre otras variables de orden cognitivo y el dolor. Por el contrario, Park, Glass, Minear y Crofford (2001 c.p Munguía-Izquierdo y cols., 2008) encontraron una relación entre la función cognitiva y el dolor, pero no con la ansiedad y la depresión. De acuerdo con los elementos encontrados y las características de cada investigación, se ha considerado que las discrepancias en los resultados pudieron deberse al escaso número de pacientes tomados en cuenta en los estudios.

Munguía-Izquierdo y cols. (2008) realizan un estudio con el propósito de determinar las diferencias en la función cognitiva de los pacientes con fibromialgia y controles sanos, y la influencia de la ansiedad y el dolor en el deterioro de la función cognitiva en una muestra amplia. Los autores concluyen que los pacientes con fibromialgia tienen una función cognitiva deteriorada que de alguna manera se encuentra explicada tanto por el dolor como por el nivel de ansiedad estado, encontrando que la

influencia de estos factores es dependiente de la función cognitiva valorada. Sin embargo, gran parte del rendimiento cognitivo no pudo ser explicado por ninguno de ellos.

Esteve y cols. (2001) resumen todo lo antes planteado proponiendo cuatro hipótesis que intentan dar explicación a las causas de las alteraciones cognitivas en pacientes con dolor crónico. En primer lugar, sugieren que los déficits de memoria son efectos secundarios de la medicación para el control del dolor y de medicación coadyuvante. Respecto a esto la evidencia científica es contradictoria. Se encuentran alteraciones cognitivas y un efecto sedante asociado al uso de benzodiazepinas; dificultades en la concentración, comprensión y de memoria provocadas por el uso de narcóticos, tranquilizantes y sedantes-hipnóticos en dosis medias a moderadas; sin embargo, el deterioro de la memoria no fue significativo, viéndose más afectada la velocidad psicomotora. También se encontraron alteraciones cognitivas y de memoria relacionadas con la administración subcutánea de ketamina y alteraciones de la memoria a corto plazo asociadas a la morfina intraventricular.

En segundo lugar, plantean que los déficits de memoria son un síntoma del estado de ánimo depresivo, el cual es frecuente en estos pacientes. Schnurr y MacDonald(1995 c.p. Esteve y cols., 2001) encontraron que tras eliminar estadísticamente los efectos de la depresión, la medicación contra el dolor y otros fármacos, persistían las quejas subjetivas de memoria en pacientes con dolor crónico. Por su parte, Landro,Stiles y Sletvold (1997 c.p. Esteve y cols., 2001) obtuvieron como resultado que tanto los pacientes con depresión mayor como los enfermos de fibromialgia mostraron un deterioro en la memoria a largo plazo, sin embargo, cuando se controló el efecto de la depresión en los pacientes con fibromialgia, sólo los pacientes con depresión mostraron déficits de memoria (Esteve y cols., 2001).

En tercer lugar, consideran que las alteraciones de memoria están asociadas a problemas generales de procesamiento de la información que se derivan de la vivencia de dolor de forma crónica. Esta perspectiva considera la teoría de las redes asociativas de Bower, la cual propone que cada estado emocional tiene un nodo en la memoria que recoge aspectos de esa emoción. Cada nodo está unido a representaciones de hechos pasados en los que apareció la emoción y podrían activarse a través de una serie de estímulos fisiológicos o verbales, de tal manera que cuando esa activación alcanza

determinado punto, el nodo transmitiría excitación a través de la estructura de memoria a la cual está asociado. De esta manera, los estados de ánimo sesgarían los procesos de memoria (Esteve y cols., 2001).

Por su parte, también se desarrolla la teoría de las redes asociativas, la cual predeciría que tener dolor generaría la activación del nodo del dolor y de la red asociada de recuerdos de dolor. Desde esta perspectiva, los sesgos de memoria participarían como un filtro que va a influir en la permanencia del problema, amplificaría la sensación dolorosa y la haría más estresante (Esteve y cols., 2001).

Bajo este marco de referencia se derivan dos conclusiones. Por un lado, se plantea que el recuerdo de los pacientes que padecen dolor crónico está sesgado hacia estímulos relacionados con el dolor, siendo la experiencia personal de dolor un elemento fundamental para el desarrollo de patrones de procesamiento de la información alterados. Por el otro lado, se sostiene que los pacientes con dolor crónico procesan la información ambigua como información relacionada con el dolor, independientemente del grado de ansiedad y depresión. En este sentido, se postula que el dolor puede influir sobre la cognición, considerando al dolor crónico como una fuente de actividad neuronal anómala, por lo que puede alterar el equilibrio del funcionamiento habitual del cerebro. Esa alteración puede modificar las redes neuronales asociadas al procesamiento e integración de la información, influyendo de esta manera en la cognición (Esteve y cols., 2001).

La última hipótesis de Esteve y cols. (2001) sostiene que los problemas de memoria se derivan de alteraciones en el mecanismo atencional porque el dolor interfiere en el funcionamiento normal de la atención. A partir de esta propuesta se ha concluido que los sesgos atencionales en los pacientes con dolor crónico son consecuencia de las alteraciones en el estado de ánimo, inclusive más que el dolor en sí mismo. Se ha encontrado que el significado que le dan a los estímulos dolorosos es el elemento primordial para que haya una interferencia en el funcionamiento normal de la atención.

En relación con ello, habría una mayor interferencia atencional en aquellas personas con muchos pensamientos catastróficos, valorando además la estimulación dolorosa como más intensa y desagradable que las personas con menos pensamientos catastróficos. Sullivan, Stanish, Waite, et al. (1998 c.p. Esteve y cols., 2001) plantean que

las personas con frecuentes pensamientos catastróficos se encuentran desarrollando un esquema de dolor que hace que la información relacionada con él sea más accesible, es decir, los estímulos dolorosos activan el esquema, lo que aumenta la probabilidad de que los pensamientos asociados al dolor se introduzcan en la conciencia.

Heyneman, Fremouw, Gano, et al. (1990 c.p. Esteve y cols., 2001) sostienen que las personas con muchos pensamientos catastróficos eran incapaces de utilizar estrategias que permitieran distraerse y aliviar el dolor. Por otro lado, también se considera el miedo al dolor, encontrando que los pacientes con un bajo nivel de miedo al dolor retiran la atención a los estímulos relacionados con él; mientras que quienes presentan niveles elevados de miedo al dolor no retiran la atención de los estímulos asociados a él.

CAPÍTULO III

EL PROBLEMA

3.1 Planteamiento del Problema

La fibromialgia es una enfermedad que presenta una incidencia elevada a nivel mundial y se ha convertido en un tema controversial en el área de la salud. Considerando que las investigaciones muestran diversidad de resultados en torno a la evaluación de la memoria y la atención, y la posible vinculación de la percepción del dolor, la ansiedad y la depresión en el desempeño obtenido, el estudio se propone dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cómo se relaciona el funcionamiento la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia?

3.2 Objetivos de la Investigación

3.2.1 Objetivo general

Evaluar el funcionamiento de la atención y la memoria en pacientes con fibromialgia y su relación con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.

3.2.2 Objetivos específicos

- Evaluar el funcionamiento de la atención en pacientes con fibromialgia mediante el Test de Retención de Dígitos del WAIS III y el Test de Tachados de Letras de Bourdon.
- Evaluar el funcionamiento de la memoria en pacientes con fibromialgia mediante el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey y el Test de Reproducción Visual de Benton, forma C.
- Evaluar la ansiedad mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Evaluar la depresión mediante la Escala de Depresión de Hamilton.
- Evaluar la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia mediante el

Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale.

- Evaluar la relación entre el funcionamiento de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.
- Evaluar la relación entre la atención y la memoria.
- Evaluar la relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Análisis de variables

4.1.1 Variables en estudio

- Fibromialgia

Definición teórica: Se trata de un síndrome caracterizado por un cuadro de dolor músculo-esquelético crónico y generalizado, que posee origen desconocido y no puede ser explicado por la presencia de otras enfermedades o alteraciones (Martín, 2011).

Definición operacional: Indicadores para el diagnóstico realizado por especialistas según los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (1990 c.p. Martín, 2011).

- Atención

Definición teórica: Luria (1984 c.p. Rebollo y Montiel, 2006) define a la atención como un proceso que permite mantener una estrecha vigilancia sobre el curso preciso y organizado de la actividad mental. Es el factor responsable de extraer los elementos importantes para ser procesados.

Definición operacional: La atención verbal es la puntuación total en el Test de Retención de Dígitos del WAIS III. La atención visual es el porcentaje de las letras a-e-r que han sido tachadas por el evaluado en un texto dado, perteneciente al Test de Tachado de Letras de Bourdon.

- Memoria

Definición teórica: Varela y cols. (2005), definen la memoria como una destreza mental en que se retiene y recuerda situaciones del pasado e información nueva. La memoria

implica el registro, almacenamiento y recuperación de información, lo cual permite comprender y adaptarse al mundo.

Definición operacional: La memoria verbal es considerada como la puntuación obtenida en los intentos I, V y VIII del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey. La memoria visual se representa con el número de reproducciones correctas y el puntaje de errores del Test de Reproducción Visual de Benton, forma C.

- Ansiedad

Definición teórica: Belloch y Sandín (1995 c.p. Rodríguez y Zamorano, 2008) definen la ansiedad como una reacción emocional consistente donde se presentan sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, preocupación y una activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

Definición operacional: Puntuación total obtenida en la Escala de Ansiedad de Hamilton.

- Depresión

Definición teórica: Se define como una alteración específica del estado de ánimo caracterizado por tristeza, sensación de soledad, apatía, un concepto negativo de sí mismo, deseos de autocastigo, insomnio y cambios en el nivel de actividad (Beck, 1976).

Definición operacional: Puntuación total obtenida en la Escala de Depresión de Hamilton

- Percepción del dolor

Definición teórica: La percepción del dolor es una función del organismo que le posibilita recibir, procesar e interpretar las señales de dolor que llegan, valiéndose de los sentidos (Vargas, 2004).

Definición operacional: Puntuación obtenida en los 12 factores que constituyen el Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale y puntuación de actividad

general, promedio de la sección tres de la misma escala.

4.1.2 Variables controladas

- Edad

Para minimizar la posible interferencia del envejecimiento en el rendimiento cognitivo, la muestra estuvo conformada por personas que tenían 50 años de edad o menos, considerando para la inclusión de la muestra un rango entre 20 y 50 años de edad.

- Nivel educativo

Se define como los años de estudios realizados por la persona. Fueron incluidos en la muestra únicamente las personas que realizaron al menos la primaria completa, comprendida hasta sexto grado.

- Consumo de alcohol y drogas

Dados los efectos que tiene el consumo de sustancias como el alcohol y las drogas sobre el funcionamiento cognitivo, se tomó como criterio de inclusión para la muestra que las personas reportaran no tener un consumo prolongado en el pasado o su uso en la actualidad.

- Ambiente

Es todo espacio en el que se realizó el estudio. Se garantizó la existencia de las mismas condiciones para todos los participantes, específicamente, se contó con espacios adecuados con buena ventilación e iluminación. De la misma manera se evitó la existencia de ruidos y cualquier otra distracción que pudiera afectar la ejecución de los participantes.

- Investigadores

Las personas que realizaron el estudio fueron las encargadas de realizar la entrevista y aplicar las pruebas. Éstas se dirigieron a los participantes con un volumen, tono de voz y pronunciación adecuada, siguiendo correctamente las instrucciones de las pruebas a aplicar, considerando que existió un manejo y entrenamiento previo en la aplicación de las pruebas.

4.1.3 Variables no controladas

- Motivación para participar en la investigación.
- Fatiga.
- Otras enfermedades médicas y psiquiátricas
- Medicamentos y sus efectos.

4.2 Tipo y Diseño de Investigación

4.2.1 Tipo de investigación

De acuerdo a los propósitos dentro de los cuales se enmarcó este estudio, la investigación es de tipo descriptivo correlacional. Según Hernández, Fernández y Baptista (2008), se considera como un estudio descriptivo ya que se buscó medir y evaluar los distintos componentes o dimensiones del fenómeno a estudiar con la mayor precisión posible, siendo correlacional en vista de que se evaluó la relación existente entre las variables estudiadas.

4.2.2 Diseño de investigación

El diseño de este estudio se enmarca dentro de un diseño no experimental, donde de acuerdo a Hernández y cols. (2008) no se manipulan variables de manera intencional, en cambio, se observa el fenómeno tal y como se desarrolla en su ambiente para luego

analizarlos. Dentro de la investigación no experimental, se encuentra la investigación no experimental transeccional o transversal descriptivo, donde se recolectan los datos en un tiempo único. El objetivo de estos estudios es indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables.

4.3 Participantes

4.3.1 Población

La población estuvo constituida por personas de sexo femenino con diagnóstico de fibromialgia, de edades comprendidas entre los 28 y 50 años, pertenecientes al área Metropolitana de Caracas, que tuvieran, al menos, un nivel educativo equivalente al 6to grado de primaria.

4.3.2 Muestra

La muestra de la investigación estuvo constituida por 30 personas de sexo femenino con diagnóstico de fibromialgia que asistían a la Clínica del Dolor de la Sanatrix, el servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Caracas u otros centros de salud, cuya edad estuvo comprendida entre los 28 y 50 años, y con un nivel educativo igual o superior a 6to grado de educación primaria, tal y como se puede apreciar en las tablas 1 y 2.

Tabla1
Edad de los participantes

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	30	28	50	41.17	7.866

Tabla2
Centros de salud donde asistían los participantes y nivel educativo

	Centros de Salud			Nivel educativo				
	HUC	Sanatrix	Otras	Primaria	Bachillerato	TSU	Universitario	Posgrado
Frecuencia	20	3	7	4	8	3	12	3
Porcentaje	66.7	10.0	23.3	13.3	26.7	10.0	40.0	10.0

4.3.3 Muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico ya que se determinan las características de la muestra de acuerdo al criterio del investigador. En esta investigación el muestreo fue de conveniencia en vista de que los participantes fueron seleccionados de una población accesible.

4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.4.1 Técnica

- Entrevista semi-estructurada e individual

Se trata de una entrevista que fue elaborada por los investigadores con la finalidad de obtener datos socio demográficos (edad, situación laboral, estado civil, nivel de estudios), y clínicos (tiempo desde los primeros síntomas hasta la actualidad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tipo de tratamiento y duración) que permitieran aproximarse a la persona evaluada y conocer las variables en estudio (Ver anexo A).

4.4.2 Instrumentos

- Test de Retención de Dígitos del WAIS III

Se trata de un subtest de la batería WAIS III, que mide la capacidad atencional en términos de amplitud o spam. En este tipo de pruebas se suele exponer al sujeto a

cantidades cada vez mayores de información. Consta de dos partes: dígitos directos y dígitos inversos (Drake, 2007).

En la primera parte la persona evaluada debe repetir en el mismo orden una serie de dígitos inmediatamente después de oírla. En la segunda parte, también se deben repetir la serie de números, pero en este caso la tarea consiste en repetirlos en el orden inverso. En ambas partes la serie de número va aumentando desde 2 dígitos hasta 9, en el primer caso, y 8 en el segundo (Drake, 2007).

El puntaje se obtiene de la suma de los ítems correctos en la parte directa e inversa, el cual es transformado posteriormente a un puntaje escalar que tiene media 10 y desviación estándar 3, de acuerdo con la edad de la persona evaluada (Drake, 2007).

La repetición de dígitos directos se encuentra asociada con la eficiencia de la atención sostenida y la ausencia de distracción; mientras que la repetición de dígitos inversos se asocia a control atencional o atención ejecutiva. Esta parte de la prueba requiere almacenar brevemente unos datos que deben ser manipulados mentalmente, siendo una tarea que consume esfuerzo atencional activo a diferencia de la aprehensión más pasiva de la repetición directa (Drake, 2007).

- Test de Tachado de Letras de Bourdon

El Test de tachados de letras es el test de atención concentrada más antiguo, fue creado por Bourdon (1895 c.p. Sánchez, Guijarro y Sanz, 2005) y evalúa la capacidad del sujeto para concentrarse en una única orientación determinada.

La evaluación consiste en que el sujeto debe tachar las letras a, e y r de un texto impreso en una hoja blanca. En esta investigación la lectura se titula “El hábito”. La capacidad de atención y concentración del evaluado estará en relación al mayor o menor número de letras tachadas, teniendo como puntuación el porcentaje de éste para cada una de las letras (Sánchez y cols., 2005).

- Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

Se trata de un test creado por Rey (1964 c.p. López, 1998), que evalúa la

retención, evocación inmediata y aprendizaje verbal de una lista de palabras. Su aplicación tiene una duración aproximada de 15 minutos. Está conformado por dos listas, la A y la B, cada una de ellas compuesta 15 palabras. El procedimiento de aplicación consta de cuatro pasos, los cuales comprenderán ocho intentos (Perea y Ladera, 1995).

En primer lugar, la lista A es leída en voz alta por cinco intentos o ensayos consecutivos, en los cuales el evaluado debe recordar tantas palabras como pueda. Luego del quinto ensayo, se lee en voz alta la lista B, que es usada como interferencia. Las palabras de esta lista también deben ser rememoradas en forma inmediata, esta vez en un solo intento (López, 1998).

Seguidamente, en el intento VII se le solicita al evaluado que trate de recordar nuevamente las palabras de la primera lista. Por último, se aplica un ensayo de reconocimiento, en el cual se le lee al evaluado una lista de 50 palabras para que éste identifique cuáles de ellas corresponden con las palabras de la primera lista (López, 1998).

- Test de Reproducción Visual de Benton

Se trata de un instrumento clínico de aplicación individual, desarrollado por Benton (1974 c.p. López, 1998), que se utiliza para evaluar habilidades visoconstructivas, memoria y percepción visual. Cuenta con tres formas alternas, la C, la D y la E, cada una de ellas está compuesta por 10 diseños impresos que se presentan en una serie de tarjetas blancas. La prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos y se aplica a personas con edad superior a los 8 años.

Para la investigación se utilizó la forma C, en la cual los dos primeros diseños contienen una figura geométrica grande, y los otros ocho muestran dos figuras grandes y una periférica, pequeña, que se encuentra ubicada a uno de los lados de las tarjetas.

A su vez, existen cuatro tipos de aplicación siendo utilizada, en este caso, la administración A. En ésta, cada diseño es expuesto por 10 segundos e inmediatamente luego de la exposición, el evaluado debe reproducirlo de memoria en una hoja blanca (López, 1998).

Para esta prueba existen dos tipos de puntuación, el número de reproducciones

correctas y el puntaje de errores. El primero va de 0 a 10 puntos, ya que cada reproducción se puntúa con 1 o 0, respondiendo a un criterio de todo o nada. Por su parte, el puntaje de errores permite un análisis cualitativo y otro cuantitativo. Para este puntaje se consideran seis tipos de errores: la omisión, distorsión, perseveración, rotación, ubicación incorrecta y error de medida (López, 1998).

- Escala de Ansiedad de Hamilton

Se trata de una escala heteroadministrada, elaborada por Hamilton (1959). Es utilizada con frecuencia en el ámbito clínico para medir la severidad de la ansiedad de los pacientes. Consta de 14 parámetros que se desarrollan en una escala, donde N es nunca, A algunas veces, B bastantes veces, C casi siempre y S es siempre. A cada una de estas opciones se le asigna una puntuación que va del 0 al 4 respectivamente, para finalmente obtener una puntuación final. En este sentido, puntuaciones entre 14 y 17 determinan una ansiedad leve; puntuaciones entre 18 y 24 aluden a una ansiedad moderada y, de 25 a 30 se trata de una ansiedad severa.

Los aspectos a los que se hace referencia en la escala para considerar la ansiedad son: Ansiedad, tensión, temores, trastornos del sueño, trastornos intelectuales, depresión, síntomas somáticos generales (musculares), síntomas somáticos generales (sensoriales), síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas vegetativos y comportamiento ante la entrevista (Hamilton, 1959).

- Escala de Depresión de Hamilton

Se trata de una escala heteroadministrada, creada por Hamilton (1960 c.p. Schramm, 1998) que permite evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. Se encuentra disponible en diferentes versiones cuya diferencia principal es la variación del número de ítems. En la presente investigación se hace uso de la escala de 21 ítems, conformada por 5 opciones, donde N es nunca, A algunas veces, B bastantes veces, C casi siempre y S es siempre. A cada una de estas opciones se le asigna una puntuación

que va del 0 al 4 respectivamente, para finalmente obtener una puntuación final, la cual será calculada con los primeros 17 ítems.

El contenido de esta escala se centra en los aspectos somáticos y de comportamiento de la depresión y considera también los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad. La valoración de la gravedad o intensidad se realiza de acuerdo a la puntuación total, donde una puntuación de 23 o más es muy severo; de 19 a 22 puntos es severo; de 14 a 18 puntos es moderado; de 8 a 13 puntos es leve y de 0 a 7 puntos es normal (Moreno y cols., 2010).

La versión de la escala en castellano fue realizada por Ramos-Brieva (1986 c.p. Moreno y cols., 2010). Posee una consistencia interna adecuada, encontrando un alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92. La variabilidad interobservador oscila entre 0,65 y 0,9. Por su parte, la validez en relación con otros instrumentos que evalúan de manera global la depresión oscila entre 0,8 y 0,9. Posee una sensibilidad de 85% para detectar depresión en la población general y clínica.

- Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD):

Elaborado por Kerns, Turk y Rudy (1985), es una evaluación multidimensional del dolor y su impacto. Consta de 52 ítems, con respuestas que oscilan entre 0 (nada o nunca) y 6 (muchísimo y muy a menudo). Éstos se distribuyen en 12 factores que conforman tres secciones (Anexo B). Se encuentra conformado por las siguientes escalas:

Sección I: Evalúa la sensación e impacto del dolor. Está compuesto por 20 ítems que comprenden 5 factores.

1. Interferencia: indica el impacto del dolor en la vida diaria.
2. Apoyo social: valora la cantidad de apoyo, atención y preocupación recibida por parte del cónyuge y otra persona importante.
3. Severidad del dolor: indica la intensidad del dolor y el sufrimiento que genera
4. Angustia afectiva: indica el grado en el que el sujeto ha presentado estado de ánimo bajo, irritabilidad y tensión en la última semana.
5. Autocontrol: se refiere al grado de control que percibe el sujeto sobre su vida y sus

problemas.

Sección II: Evalúa la percepción de las respuestas del medio (personas importantes para el evaluado) ante la comunicación del dolor. Está compuesta por 14 ítems que se distribuyen en 3 factores.

6. Respuestas negativas: incluye reacciones emocionales aversivas hacia el paciente.
7. Respuesta a la solicitud: indica respuestas de cuidado hacia el paciente.
8. Atención- distracción: se refiere a las respuestas de atención y distracción del dolor que realizan las personas importantes cuando saben que el paciente siente dolor.

Sección III: Evalúa la funcionalidad cotidiana. Está constituida por 18 ítems que se ubican 4 factores.

9. Tareas del hogar: incluye tareas de cuidado del hogar como cocinar, lavar los platos, limpieza.
10. Trabajo al aire libre: incluye trabajo en el jardín.
11. Actividades de recreo: actividades como el cine, la playa.
12. Actividades sociales: muestra actividades de ocio realizadas con otras personas como amigos o familiares.

Para cada factor se calculó una puntuación total de acuerdo a los ítems que le corresponden, por lo que se obtuvieron 12 puntuaciones de éstas y 1 puntuación extra que corresponde al promedio de los 4 factores de la sección III, la cual representa una puntuación de actividad general (Kerns, Kurt y Rudy, 1985).

Este instrumento fue validado con una muestra española y traducido al castellano para la población con dolor crónico de origen reumático por Pastor, López, Rodríguez, Terol y Sánchez en el año 1995. El coeficiente de confiabilidad de los distintos factores oscila entre 0.70 y 0.90.

4.5 Procedimiento

El procedimiento constó de una serie de pasos que son descritos a continuación:

- Paso 1: Revisión técnica de la bibliografía referente a la investigación realizada.
- Paso 2: Contacto inicial con las instituciones. El grupo de pacientes con fibromialgia se formó a partir de los contactos que se establecieron en la Clínica del Dolor y el servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Caracas.
- Paso 3: La petición de colaboración con el estudio se realizó a través de varios medios de información: contactos telefónicos aportados por los especialistas y el contacto personal con las personas que asistían a este centro.
- Paso 4: En el momento de la evaluación se le suministró a los sujetos un consentimiento informado por escrito y se les instruyó sobre las pruebas de la evaluación.
- Paso 5: Realización de la entrevista individual y aplicación del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale, Escalas de Ansiedad y Depresión de Hamilton, Test de Retención de Dígitos del WAIS III, Test de Tachados de Letras de Bourdon, Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey y Test de Reproducción Visual de Benton. La duración de esta fase fue de 50 a 90 minutos por evaluado.
- Paso 6: Procesamiento de base de datos.
- Paso 7: Análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

4.6 Procesamiento y análisis de los datos

Tras la realización de la entrevista semi-estructurada y la aplicación de las pruebas y escalas, se obtuvieron datos clínicos y métricos que permitieron llegar a unas conclusiones respecto a la investigación realizada. Para evaluar la atención, se obtuvieron tres puntuación de la atención visual representado por el porcentaje de letras a-e-r tachadas por el evaluado. Para la atención verbal, mediante el test de Retención de Dígitos del WAIS III, se obtuvo una puntuación total. En cuanto a la memoria, por medio del Test de Reproducción Visual de Benton, se encontró una puntuación total del número de reproducciones correctas y un puntaje de errores. La memoria verbal fue medida por el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, del cual se tomaron las puntuaciones de los intentos I, V y VIII.

En relación la ansiedad y la depresión que fueron evaluadas con las Escalas de Hamilton, se consideró el número total de ambas escalas, respectivamente, siendo el resultado de la suma de cada uno de los ítems que las conforman. Por su parte, la evaluación de la percepción del dolor se realizó considerando puntuaciones del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale, cuyas respuestas oscilan entre 0 (nada o nunca) y 6 (muchísimo y muy a menudo), teniendo un total para los 12 factores y uno general para la sección III.

Para la realización del análisis de los datos se calculó: frecuencias; medidas de tendencia central como lo son la media y la mediana; la desviación típica como medida de dispersión de las puntuaciones; asimetría y curtosis; la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y posteriormente se correlacionaron las puntuaciones del Test de Retención de Dígitos del WAIS III, del Test de Tachados de Letras de Bourdon, del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, del Test de Reproducción Visual de Benton, de La Escala de Ansiedad de Hamilton, La Escala de Depresión de Hamilton y El Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale, haciendo uso del Coeficiente de correlación Spearman. Ello se realizó con el fin de observar la relación entre el funcionamiento de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia. Por su parte, también se evaluó la relación entre la ansiedad y la depresión, y la relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 20.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A continuación se reportan los resultados obtenidos tras la evaluación del funcionamiento de la atención y la memoria, así como también, de la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor. Una vez obtenidas las puntuaciones, los datos fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS versión 20 en español, con la finalidad de poder realizar la descripción de dichas mediciones y establecer relaciones entre ellas. De esta manera, se podrán observar algunos datos obtenidos de la entrevista semi-estructurada realizada y las puntuaciones del Test de Retención de Dígitos, Test de Tachado de Letras de Bourdon, Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, Test de Reproducción Visual de Benton, Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Hamilton y del Inventario Multidimensional del Dolor.

5.1 Atención

Se evaluó la atención verbal y visual. Para ello se utilizó el Test de Retención de Dígitos para medir la atención verbal y el Test de Tachado de Letras de Bourdon para medir la atención visual. Además fueron consideradas en la entrevista semi-estructurada la percepción de fallas en la atención que las pacientes evaluadas pudieran tener. A continuación se muestran los resultados obtenidos.

- Queja subjetiva de fallas en la atención.

Tabla 3

Queja subjetiva de fallas en la atención.

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	19	63.3	63.3	63.3
No	11	36.7	36.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

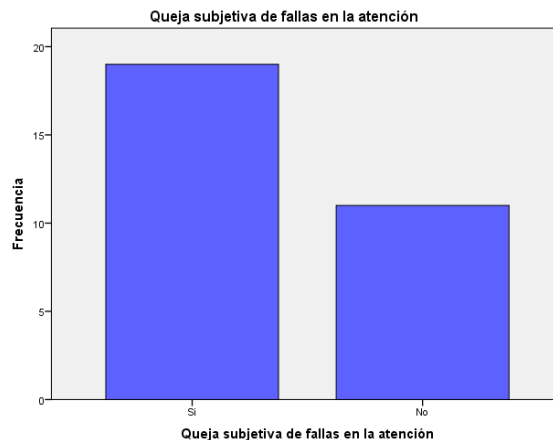


Figura 2. Queja subjetiva de fallas en la atención

En la tabla 3 se puede observar que el porcentaje de personas que reportaron quejas subjetivas de fallas en la atención fue de 63,3% y el porcentaje de los que no reportaron quejas subjetivas fue de 36,7%. En la figura 2 puede observarse que de las 30 personas evaluadas, 19 personas manifestaron quejas subjetivas de la atención y 11 no.

- Atención verbal

Tabla 4

Atención verbal. Puntuaciones del Test de Retención de Dígitos

	Estadístico	Error típ.	
	Media	7.40	
	Mediana	7.00	
	Desv. típ.	1.87	
Atención verbal. Dígitos	Mínimo	4	
	Máximo	11	
	Asimetría	-.05	.43
	Curtosis	-.79	.83

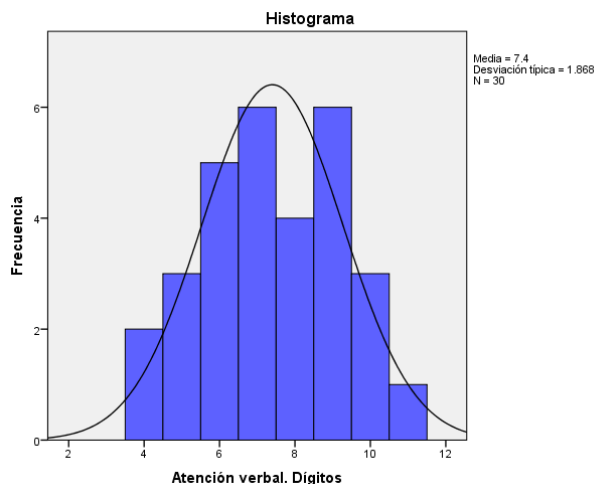


Figura 3. Atención verbal. Puntuaciones del Test de Retención de Dígitos

En la tabla 4 y en la figura 3 se puede observar que en el Test de Retención de Dígitos las puntuaciones se encuentran entre 4 y 11 puntos. La mediana es de 7 puntos lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o inferior a 7. La media es de 7,40 y la desviación típica es de 1,87. Por su parte, la asimetría es de -0,05, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media. La curtosis es de -0,79, siendo una curva de distribución platicúrtica con altos niveles de dispersión.

Tabla 5
Prueba de normalidad. Atención verbal. Puntuaciones del Test de Retención de Dígitos

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Atención verbal. Dígitos	.137	30	.154

A pesar de que pareciera que la curva no se ajustara a la distribución normal por los valores de la asimetría y la curtosis obtenida, en la tabla 5 se encuentra que ZKS (30) = 0,137, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es ,154, lo que indica que la curva de la distribución de las puntuaciones se asemeja a la curva de la distribución normal.

- Atención visual
 - Porcentaje de letras A tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

Tabla 6

Atención visual. Porcentaje de letras A tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

	Estadístico	Error típ.
	Media	87.27
	Mediana	89.95
	Desv. típ.	7.85
Atención visual. Porcentaje de A	Mínimo	66.98
	Máximo	95.69
	Asimetría	-1.27
	Curtosis	.75

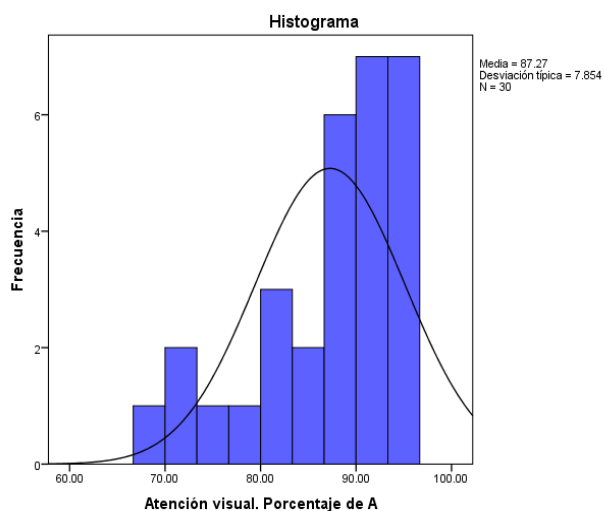


Figura 4. Atención visual. Porcentaje de letras A tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

En la tabla 6 y en la figura 4 se puede observar que el porcentaje de letras A tachadas osciló entre 66,98% y 95,69%. La mediana es 89,95% lo que indica que el 50% de los participantes tacharon 89,95% o menos de las letras A presentadas en el texto. El promedio de letras A tachadas en el texto fue de 87,27%, con una desviación típica de

7,85. Por otro lado, la asimetría es de -1,27 y la curtosis es de 0,75, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica y leptocúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media, mostrando un bajo nivel de variabilidad.

Tabla 7

Prueba de normalidad. Atención visual. Porcentajes de letras A tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Atención visual. Porcentaje de A	.210	30	.002

En la tabla 7 se encuentra que ZKS (30) =0,210, $p < ,05$. De esta manera, partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,002, lo cual indica que existe diferencia entre la distribución observada y la distribución normal.

- Porcentaje de letras E tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

Tabla 8

Atención visual. Porcentaje de letras E tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

	Estadístico	Error típ.
Media	79.96	1.13
Mediana	80.38	
Desv. típ.	6.19	
Atención visual. Porcentaje de E	Mínimo	62.48
	Máximo	87.34
	Asimetría	-1.19
	Curtosis	1.29

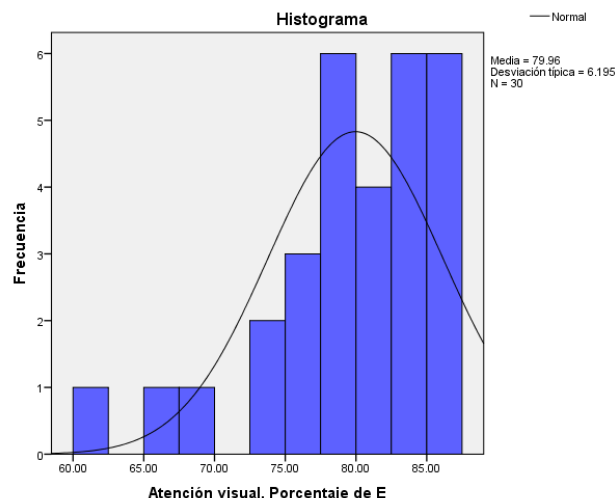


Figura 5. Atención visual. Porcentaje de letras E tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

En la tabla 8 y en la figura 5 se encuentra que el porcentaje de letras E tachadas osciló entre 62,48% y 87,34%. La mediana es 80,38% lo que indica que el 50% de los participantes tacharon 80,38% o menos de las letras E presentadas en el texto. El promedio de letras E tachadas en el texto fue de 79,96 %, con una desviación típica de 6,19. Por su parte, la asimetría es de -1,19 y la curtosis es de 1,29, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica y leptocúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media, mostrando un bajo nivel de variabilidad.

Tabla 9

Prueba de normalidad. Atención visual. Porcentaje de letras E tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Atención visual. Porcentaje de E	.117	30	.200*

De acuerdo a la asimetría y la curtosis obtenida, pareciera que la curva de la distribución no se ajusta a la curva normal; sin embargo, en la tabla 9 se encuentra que ZKS (30) =0,117, $p < ,05$ lo que indica que la distribución observada se ajusta a la distribución normal, partiendo de una significación asociada de ,20.

- Porcentaje de letras R tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

Tabla 10

Atención visual. Porcentajes de letras R tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

	Estadístico	Error típ.
Media	60.31	1.76
Mediana	62.16	
Desv. típ.	9.64	
Atención visual. Porcentaje de R	Mínimo	31.53
	Máximo	72.07
	Asimetría	-1.48
	Curtosis	2.42

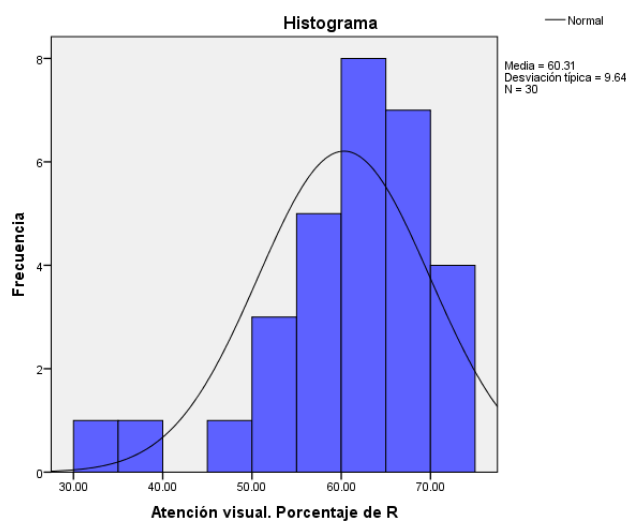


Figura 6. Atención visual. Porcentaje de letras R tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

Como se puede observar en la tabla 10 y en la figura 6, el porcentaje de letras R tachadas osciló entre 31,53% y 72,07%. La mediana es 62,16% lo que indica que el 50% de los participantes tacharon 62,16% o menos de las letras R presentadas en el texto. El promedio de letras R tachadas en el texto fue de 60,31 %, con una desviación típica de 9,64. La asimetría es de -1,48, por lo que la curva de la distribución se puede considerar

asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media. La curtosis es de 2,42, siendo una curva leptocúrtica con un bajo nivel de variabilidad.

Tabla 11
Prueba de normalidad. Atención visual. Porcentaje de R tachadas en el Test de Tachado de Letras de Bourdon

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Atención visual. Porcentaje de R	.172	30	.025

En la tabla 11 se encuentra que ZKS (30) =0,172, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,025, lo cual indica que la distribución observada y la distribución normal no se ajustan.

5.2 Memoria

A continuación se encuentran los resultados del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey y del Test de Reproducción Visual de Benton, con los cuales se evaluó la memoria verbal y visual, respectivamente. Por su parte, también se consideró las quejas subjetivas de fallas en la memoria que presentaron las evaluadas durante la entrevista semi-estructurada que fue realizada.

- Queja subjetiva de fallas en la memoria

Tabla 12
Queja subjetiva de fallas en la memoria

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	18	60.0	60.0	60.0
Válidos No	12	40.0	40.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	



Figura 7. Queja subjetiva de fallas en la memoria

En la tabla 12 se puede observar que el porcentaje de personas que reportaron quejas subjetivas de fallas en la memoria fue de 60% y el porcentaje de los que no reportaron quejas subjetivas fue de 40%. En la figura 7 puede observarse que de las 30 personas evaluadas, 18 personas manifestaron quejas subjetivas de la memoria y 12 no presentaron quejas subjetivas de la memoria.

- Memoria Verbal
 - Intento I del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

Tabla 13

Memoria verbal. Intento I. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

	Estadístico	Error típ.
Media	5.47	.27
Mediana	5.00	
Desv. típ.	1.46	
Memoria verbal. Intento I	Mínimo	4
	Máximo	9
	Asimetría	1.04
	Curtosis	.55
		.43
		.83

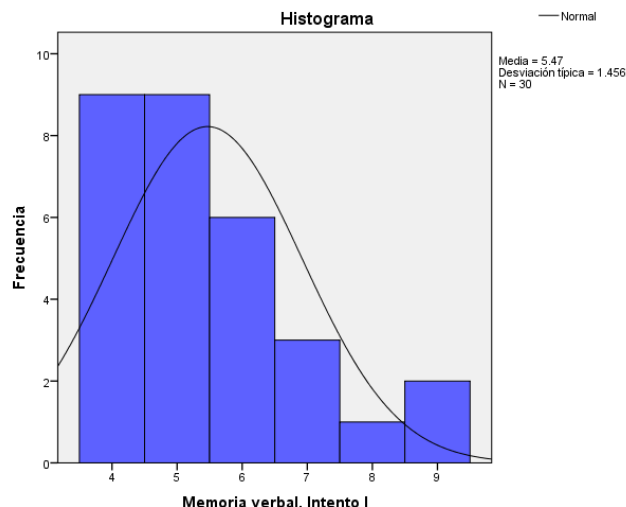


Figura 8. Memoria verbal. Intento I. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

En la tabla 13 y en la figura 8 se puede evidenciar que en el intento I del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, el número de palabras recordadas osciló entre un mínimo de 4 palabras y un máximo de 9. La mediana es de 5 palabras, por lo que el 50% de los participantes recordaron 5 palabras o menos. La media es de 5,47 y la desviación típica es de 1,46. Por otro lado, la asimetría es de 1,04 y la curtosis es de 0,55, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica y leptocúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando un bajo nivel de variabilidad.

Tabla 14

Prueba de normalidad. Memoria verbal. Intento I. Número de palabras recordadas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	547
Memoria verbal. Intento I	.226	30	.000

En la tabla 14 se encuentra que ZKS (30) = 0,226, $p < ,05$. En este sentido, partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,000, lo cual indica que la distribución observada y la distribución normal son diferentes.

- Intento V del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

Tabla 15

Memoria verbal. Intento V. Número de palabras recordadas en el en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

	Estadístico	Error típ.	
	Media	11.10	.33
	Mediana	11.00	
	Desv. típ.	1.83	
Memoria verbal. Intento V	Mínimo	8	
	Máximo	15	
	Asimetría	.17	.43
	Curtosis	-.61	.83

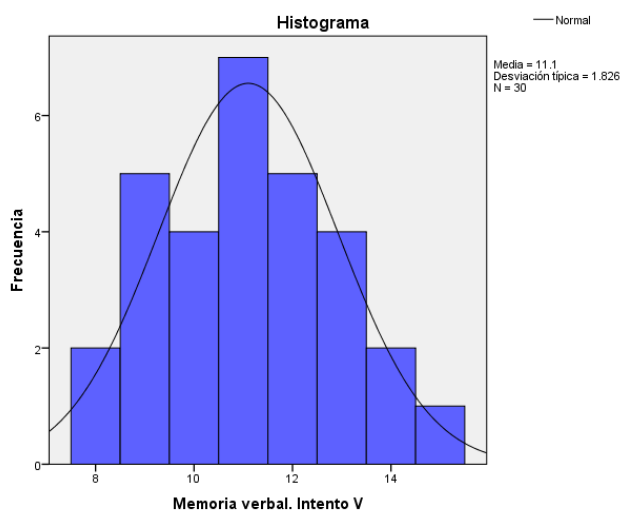


Figura 9. Memoria verbal. Intento V. Número de palabras recordadas en el en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

En la tabla 15 y la figura 9 se puede evidenciar que en el intento V del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, el número de palabras recordadas osciló entre un mínimo de 8 palabras y un máximo de 15. La mediana es de 11 palabras, por lo que el 50% de los participantes recordaron 11 palabras o menos. La media es de 11,10 y la desviación típica es de 1,83. La asimetría es de 0,17 y la curtosis es de -0,61, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica y platicúrtica, en tanto las

puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando altos niveles de dispersión.

Tabla 16
Prueba de normalidad. Memoria verbal. Intento V. Número de palabras recordadas en el en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Memoria verbal. Intento V	.122	30	.200*

A pesar de que pareciera que la curva no se ajustara a la distribución normal por los valores de la asimetría y la curtosis obtenida, en la tabla 16 se encuentra que ZKS (30) = 0,122, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es ,200, lo que indica que la curva de la distribución de las puntuaciones se asemeja a la curva de la distribución normal.

- Reconocimiento. Intento VIII del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

Tabla 17
Reconocimiento. Intento VIII. Número de palabras reconocidas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

		Estadístico	Error típ.
Reconocimiento	Media	13.93	.21
	Mediana	14.00	
	Desv. típ.	1.14	
	Mínimo	11	
	Máximo	15	
	Asimetría	-1.19	.43
	Curtosis	1.14	.83

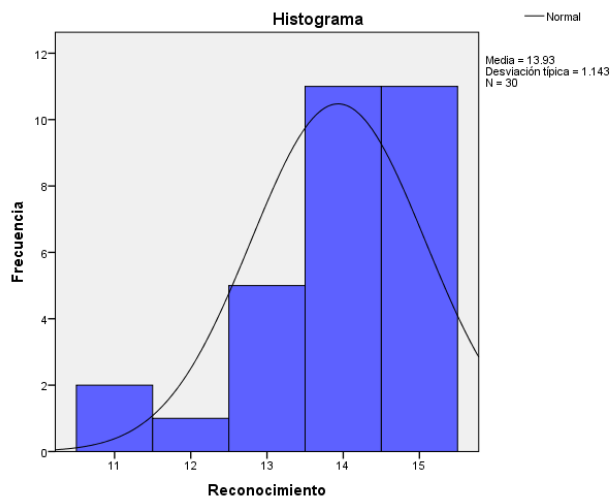


Figura 10. Reconocimiento. Intento VIII. Número de palabras reconocidas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

En la tabla 17 y en la figura 10 se puede evidenciar que en la fase de reconocimiento del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, el número de palabras reconocidas osciló entre un mínimo de 11 palabras y un máximo de 15. La mediana es de 14 palabras, por lo que el 50% de los participantes recordaron 14 palabras o menos. La media es de 13,93 y la desviación típica es de 1,14. La asimetría es de -1,19, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media. La curtosis es de 1,14, siendo una curva de la distribución leptocúrtica con un bajo nivel de variabilidad.

Tabla 18
Prueba de normalidad. Reconocimiento. Intento VIII. Número de palabras reconocidas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Reconocimiento	.257	30	.000

En la tabla 18 se encuentra que ZKS (30) = 0,257, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,000, lo cual indica que la distribución observada y la distribución normal no se ajustan.

- Memoria visual

- Número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton

Tabla 19

Memoria visual. Número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton

	Estadístico	Error típ.	
Memoria visual. Número de reproducciones correctas	Media	5.07	.39
	Mediana	5.00	
	Desv. típ.	2.12	
	Mínimo	0	
	Máximo	9	
	Asimetría	.07	.43
	Curtosis	.60	.83

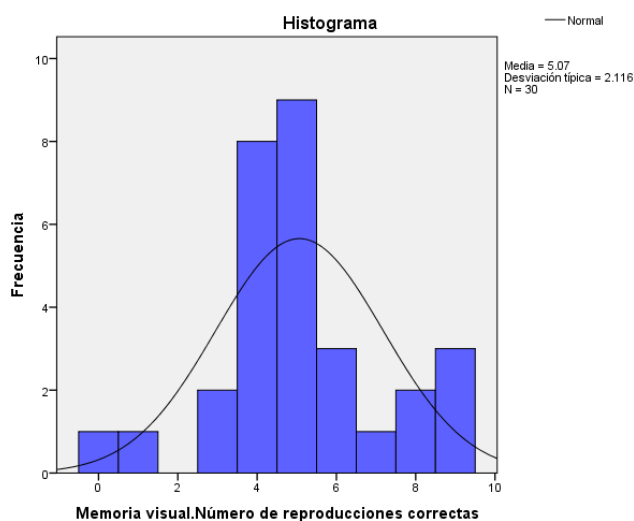


Figura 11. Número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton

Como se puede evidenciar en la tabla 19 y en la figura 11, en el Test de Reproducción Visual de Benton, el mínimo de reproducciones correctas fue 0 y el máximo fue 9. La mediana es de 5 reproducciones correctas, por lo que el 50% de los participantes reprodujeron de manera correcta 5 de las láminas mostradas o menos. La

media es de 5,07 y la desviación típica es de 2,12. Por otro lado, la asimetría es de 0,07, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media. La curtosis es de 0,60, siendo una curva de la distribución leptocúrtica con un bajo nivel de variabilidad.

Tabla 20
Prueba de normalidad. Número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Memoria visual. Número de reproducciones correctas	.213	30	.001

En la tabla 20 se encuentra que ZKS (30) =0,213, $p < ,05$. De esta manera, partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,001, lo cual indica que existe diferencia entre la distribución observada y la distribución normal.

- Número de errores en el Test de Reproducción Visual de Benton

Tabla 21
Memoria visual. Número de errores en el Test de Reproducción Visual de Benton

	Estadístico	Error típ.
Media	8.57	.85
Mediana	8.00	
Desv. típ.	4.65	
Mínimo	1	
Máximo	17	
Asimetría	.27	.43
Curtosis	-.66	.83

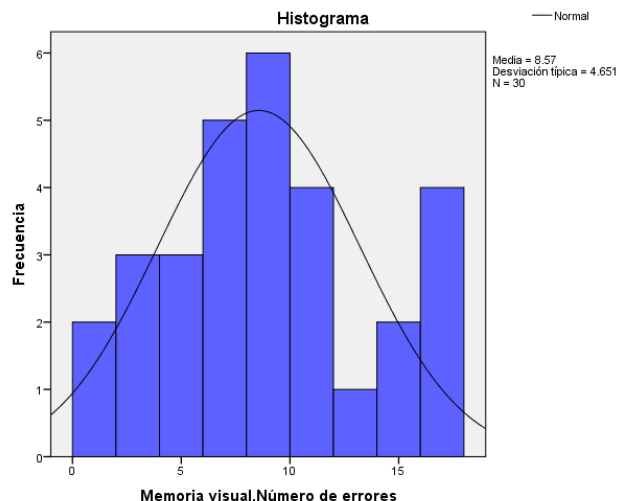


Figura 12. Número de errores en el Test de Reproducción Visual de Benton

Como se puede evidenciar en la tabla 21 y en la figura 12, en el Test de Reproducción Visual de Benton, el mínimo de errores cometidos por los participantes fue 1 y el máximo fue 17. La mediana es de 8 errores, por lo que el 50% de los participantes cometieron 5 errores en la reproducción de las tarjetas o menos. La media es de 8,57 y la desviación típica es de 4,65. Por su parte, la asimetría es de 0,27 y la curtosis es de -0,66, por lo que la curva de la distribución se puede considerar asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando altos niveles de dispersión.

Tabla 22
Prueba de normalidad. Número de errores en el Test de Reproducción Visual de Benton

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Memoria visual. Número de errores	.112	30	.200*

De acuerdo a la asimetría y la curtosis obtenida, pareciera que la curva de la distribución no se ajusta a la curva normal; sin embargo, en la tabla 22 se encuentra que ZKS (30) = 0,112, $p < ,05$ lo que indica que la distribución observada se ajusta a la distribución normal, partiendo de una significación asociada de ,20.

5.3 Ansiedad

La ansiedad fue evaluada con la Escala de Ansiedad de Hamilton, con la cual se obtuvo una puntuación total para cada persona evaluada. A continuación se pueden observar los resultados obtenidos.

Tabla 23

Ansiedad. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Hamilton

	Estadístico	Error típ.
	Media	21.20
	Mediana	21.50
	Desv. típ.	9.07
Ansiedad de Hamilton	Mínimo	2
	Máximo	41
	Asimetría	.39
	Curtosis	.17

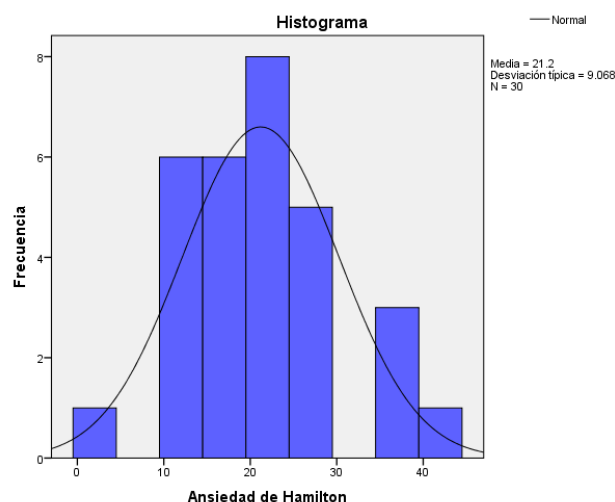


Figura 13. Ansiedad. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Hamilton

En la tabla 23 y la figura 12 puede observarse que las puntuaciones en la Escala de Ansiedad de Hamilton oscilan entre 2 y 41 puntos. La mediana es de 21,50 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 21,50. La media es de 21,20 y la desviación típica es de 9,07. La asimetría, por su parte es de 0,39 y la curtosis es de 0,17, por lo que la curva de distribución puede considerarse

asimétrica y leptocúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando bajos niveles de variabilidad.

Tabla 24
Prueba de normalidad. Ansiedad. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Hamilton

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad de Hamilton	.132	30	.196

De acuerdo a la asimetría y la curtosis obtenida, pareciera que la curva de la distribución no se ajusta a la curva normal; sin embargo, en la tabla 24 se encuentra que ZKS (30) =0,132, $p < ,05$ lo que indica que la distribución observada se ajusta a la distribución normal, partiendo de una significación asociada de ,196.

5.4 Depresión

La depresión fue evaluada con la Escala de Depresión de Hamilton, con la cual se obtuvo una puntuación total para cada persona evaluada. A continuación se pueden observar los resultados obtenidos.

Tabla 25
Depresión. Puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton

	Estadístico	Error típ.	
Media	22.37	2.01	
Mediana	20.50		
Desv. típ.	11.03		
Depresión de Hamilton	Mínimo	5	
	Máximo	47	
	Asimetría	.49	.43
	Curtosis	-.57	.83

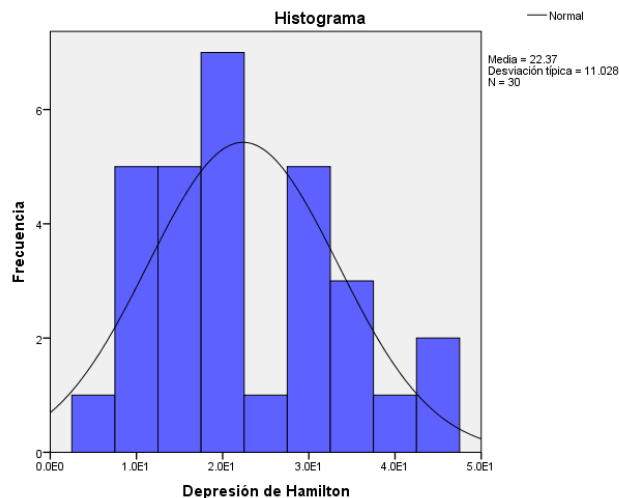


Figura 14. Depresión. Puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton

En la tabla 25 y la figura 13 puede observarse que las puntuaciones en la Escala de Depresión de Hamilton oscilan entre 5 y 47 puntos. La mediana es de 20,50 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 20,50. La media es de 22,37 y la desviación típica es de 11,03. La asimetría, por su parte es de 0,49, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media. La curtosis es de -0,57, siendo una curva de la distribución platicúrtica con altos niveles de dispersión.

Tabla 26
Prueba de normalidad. Depresión. Puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión de Hamilton	.116	30	.200*

En la tabla 26 se encuentra que ZKS (30) = 0,116, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,200, lo cual indica que no existen diferencias entre la distribución observada y la distribución normal, es decir, que la distribución se comporta de manera normal, a pesar de la asimetría y la curtosis obtenida.

5.5 Percepción del Dolor

A continuación se encuentran los resultados de los 12 factores del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale, el cual fue utilizado para evaluar la percepción del dolor. Además, se encuentra la puntuación de la actividad global, que forma parte del mismo inventario.

- Interferencia

Tabla 27

Interferencia. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Estadístico	Error tít.	
Interferencia	Media	3.22	.33
	Mediana	3.61	
	Desv. tít.	1.81	
	Mínimo	.00	
	Máximo	6.00	
	Asimetría	-.252	.43
	Curtosis	-1.191	.83

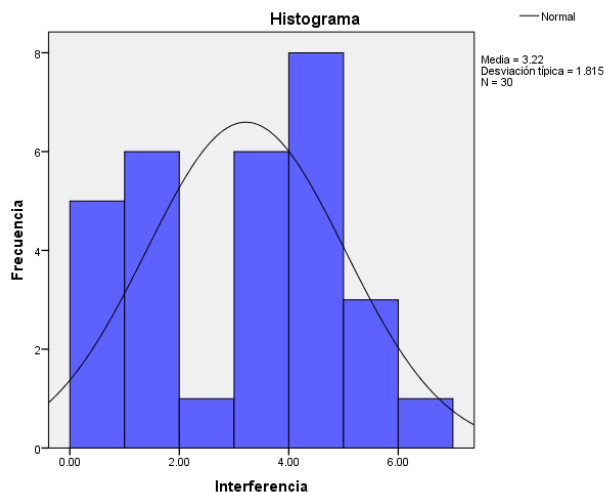


Figura 15. Interferencia. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

En la tabla 27 y en la figura 14 se puede observar que en el Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale las puntuaciones del factor de interferencia oscilan entre 0 y 6 puntos. La mediana es de 3,61 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 3,61. La media es de 3,22 y la desviación típica es de 1,81. La asimetría, por su parte es de -0,25 y la curtosis es de -1,19, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media, mostrando altos niveles de dispersión.

Tabla 28
Prueba de normalidad. Interferencia. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Interferencia	.134	30	.178

A pesar de que pareciera que la curva no se ajustara a la distribución normal por los valores de la asimetría y la curtosis obtenida, en la tabla 28 se encuentra que ZKS (30) = 0,134, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es ,178, lo que indica que la curva de la distribución de las puntuaciones se asemeja a la curva de la distribución normal.

- Apoyo social

Tabla 29
Apoyo social. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale

	Estadístico	Error típ.
Media	3.49	.40207
Mediana	3.49	
Desv. típ.	2.20	
Apoyo social	Mínimo	.00
	Máximo	6.00
	Asimetría	-.27
	Curtosis	-1.38

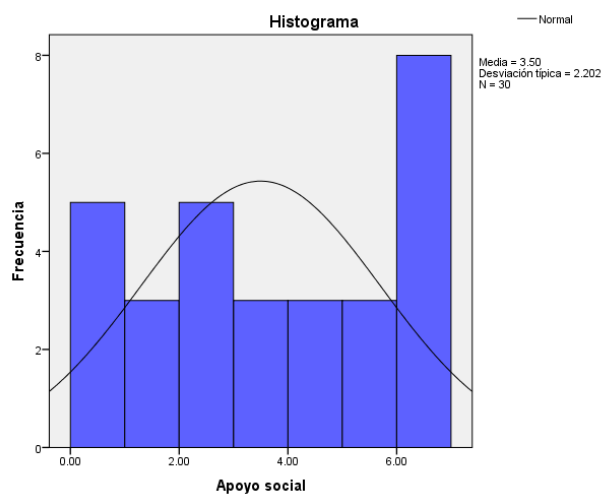


Figura 16. Apoyo Social. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

En la tabla 29 y en la figura 15 se puede observar que las puntuaciones del factor de apoyo social oscilan entre 0 y 6 puntos. La mediana es de 3,49 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 3,49. La media es de 3,49 y la desviación típica es de 2,20. La asimetría, por su parte es de -0,27, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media. La curtosis es de -1,38, siendo una curva de la distribución platicúrtica con un bajo nivel de variabilidad.

Tabla 30
Prueba de normalidad. Apoyo Social. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo social	.168	30	.031

En la tabla 30 se encuentra que ZKS (30) = 0,168, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,031, lo cual indica que la distribución observada y la distribución normal no se ajustan.

- Severidad del dolor

Tabla 31

Severidad del dolor. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	3.46	.29
Mediana	3.17	
Desv. típ.	1.58	
Severidad del dolor	Mínimo	.66
	Máximo	6.00
	Asimetría	-.18
	Curtosis	-1.04

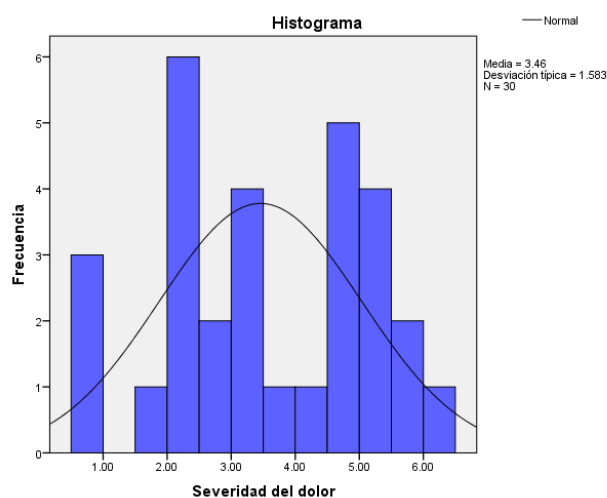


Figura 17. Severidad del dolor. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

En la tabla 31 y en la figura 16 se puede observar que las puntuaciones del factor de severidad del dolor oscilan entre 0,66 y 6 puntos. La mediana es de 3,17 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 3,17. La media es de 3,46 y la desviación típica es de 1,58. La asimetría, por su parte es de -0,18 y la curtosis es de -1,04, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media, mostrando altos niveles de dispersión.

Tabla 32
Prueba de normalidad. Severidad del dolor. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Severidad del dolor	.176	30	.018

En la tabla 32 se encuentra que ZKS (30) =0,176, $p < ,05$. De esta manera, partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,018, lo cual indica que existe diferencia entre la distribución observada y la distribución normal.

- Angustia afectiva

Tabla 33
Angustia afectiva. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	3.44	.23
Mediana	3.66	
Desv. típ.	1.23	
Angustia afectiva	Mínimo	.66
	Máximo	6.00
	Asimetría	-.15
	Curtosis	-.26

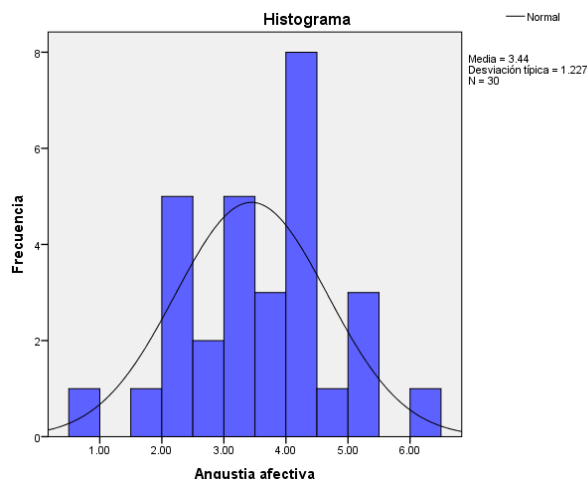


Figura 18. Angustia afectiva. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

En la tabla 33 y en la figura 17 se puede observar que las puntuaciones de angustia afectiva oscilan entre 0,66 y 6 puntos. La mediana es de 3,66 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 3,66. La media es de 3,44 y la desviación típica es de 1,23. La asimetría, por su parte es de -0,15 y la curtosis es de -0,26, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media, mostrando altos niveles de dispersión.

Tabla 34
Prueba de normalidad. Angustia afectiva. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Angustia afectiva	.113	30	.200*

En la tabla 34 se encuentra que ZKS (30) = 0,113, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,200, lo cual indica que no existen diferencias entre la distribución observada y la distribución normal, es decir, que la distribución se comporta de manera normal, a pesar de la asimetría y la curtosis obtenida.

- Autocontrol

Tabla 35

Autocontrol. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	4.16	.25
Mediana	4.50	
Desv. típ.	1.38	
Autocontrol	Mínimo	.50
	Máximo	6.00
	Asimetría	-.43
	Curtosis	.83

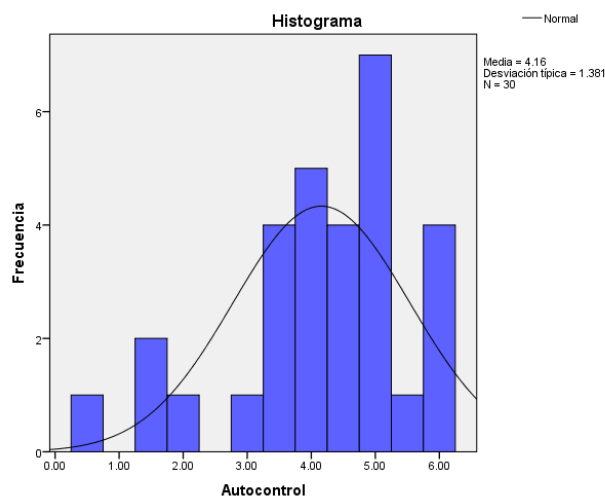


Figura 19. Autocontrol. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

En la tabla 35 y en la figura 18 se puede observar que las puntuaciones de autocontrol oscilan entre 0,50 y 6 puntos. La mediana es de 4,50 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 4,50. La media es de 4,16 y la desviación típica es de 1,38. La asimetría, por su parte es de -0,98 y la curtosis es de -0,76, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media, mostrando altos niveles de dispersión.

Tabla 36
*Prueba de normalidad. Autocontrol. Inventario
 Multidimensional del Dolor West Haven-
 Yale(IMD)*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Autocontrol	.154	30	.066

De acuerdo a la asimetría y la curtosis obtenida, pareciera que la curva de la distribución no se ajusta a la curva normal; sin embargo, en la tabla 36 se encuentra que ZKS (30) =0,154, $p < ,05$ lo que indica que la distribución observada se ajusta a la distribución normal, partiendo de una significación asociada de ,06.

- Respuestas negativas

Tabla 37
*Respuestas negativas. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-
 Yale(IMD)*

	Estadístico	Error típ.
Media	1.84	.295
Mediana	1.38	
Desv. típ.	1.62	
Respuestas negativas	Mínimo	.00
	Máximo	6.00
	Asimetría	.86
	Curtosis	-.03

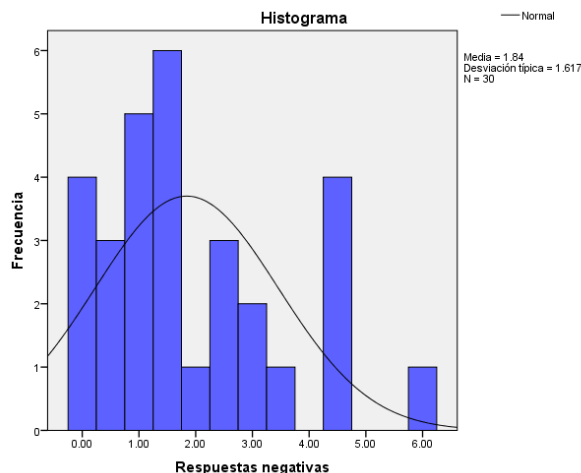


Figura 20. Respuestas negativas. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

En la tabla 37 y en la figura 19 se puede observar que las puntuaciones de respuestas negativas oscilan entre 0 y 6 puntos. La mediana es de 1,38 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 1,38. La media es de 1,84 y la desviación típica es de 1,62. La asimetría, por su parte es de 0,86, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media. La curtosis es de -0,03 siendo una curva de la distribución platicúrtica con bajos niveles de dispersión.

Tabla 38

Prueba de normalidad. Respuestas negativas. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Respuestas negativas	.184	30	.011

En la tabla 38 se encuentra que ZKS (30) = 0,184, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,011, lo cual indica que la distribución observada no se ajusta a la distribución normal.

- Respuestas de solicitud

Tabla 39

Respuestas de solicitud. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Estadístico	Error típ.
	Media	3.73
	Mediana	3.75
	Desv. típ.	2.88
Respuesta a la solicitud	Mínimo	.00
	Máximo	16.00
	Asimetría	.43
	Curtosis	10.94

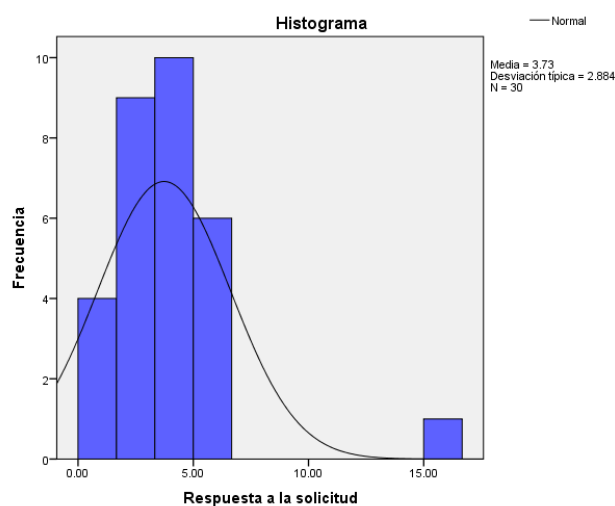


Figura 21. Respuesta a la solicitud. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

En la tabla 39 y en la figura 20 se puede observar que las puntuaciones de respuestas de solicitud oscilan entre 0 y 16 puntos. La mediana es de 3,75 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 3,75. La media es de 3,73 y la desviación típica es de 2,88. La asimetría, por su parte es de 2,63, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media. La curtosis es de 10,94, lo que indica que la curva de la distribución es leptocúrtica con altos niveles de dispersión.

Tabla 40
Prueba de normalidad. Respuesta a la solicitud. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale(IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Respuesta a la solicitud	.182	30	.012

En la tabla 40 se encuentra que ZKS (30) =0,182, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,012, lo cual indica que la distribución observada no se ajusta a la distribución normal.

- Atención-distracción

Tabla 41
Atención-distracción. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	2.89	.31
Mediana	2.50	
Desv. típ.	1.69	
Atención-Distracción	Mínimo	.00
	Máximo	6.00
	Asimetría	.44
	Curtosis	-.59
		.43
		.83

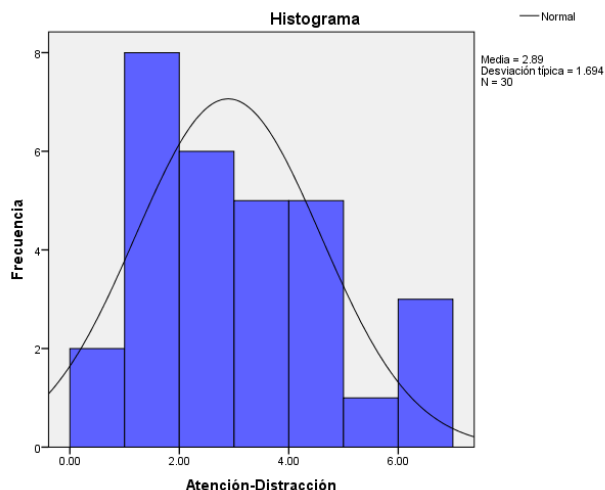


Figura 22. Atención-distracción. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

En la tabla 41 y en la figura 21 se puede observar que las puntuaciones de atención-distracción oscilan entre 0 y 6 puntos. La mediana es de 2,50 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 2,50. La media es de 2,89 y la desviación típica es de 1,69. La asimetría es de 0,44 y la curtosis es de -0,59, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando bajos niveles de variabilidad

Tabla 42
Prueba de normalidad. Atención-distracción. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Atención-Distracción	.148	30	.092

En la tabla 42 se encuentra que ZKS (30) = 0,148, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,092, lo cual indica que no existen diferencias entre la distribución observada y la distribución normal, es decir, que la distribución se comporta de manera normal, a pesar de la asimetría y la curtosis obtenida.

- Tareas del hogar

Tabla 43

Tareas del hogar. Inventario Multidimensional del Dolor West Hven-Yale (IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	4.48	.29
Mediana	4.90	
Desv. típ.	1.59	
Tareas del hogar	Mínimo	.00
	Máximo	6.00
	Asimetría	.43
	Curtosis	.83

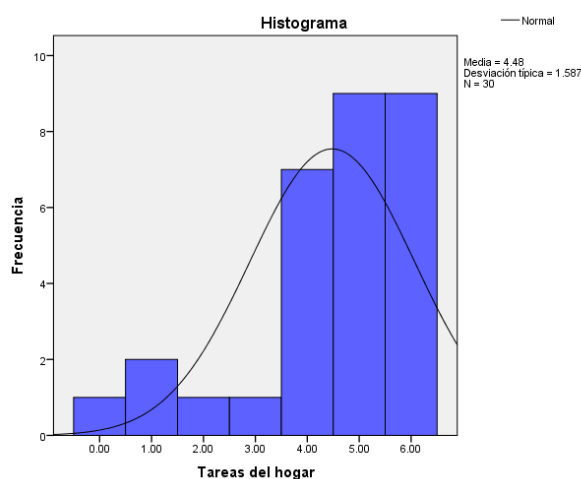


Figura 23. Tareas del hogar. Inventario Multidimensional del Dolor West Hven-Yale (IMD)

La tabla 43 y la figura 22 puede observarse que las puntuaciones de tareas del hogar oscilan entre 0 y 6 puntos. La mediana es de 4,90 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 4,90. La media es de 4,48 y la desviación típica es de 1,59. Por su parte, la asimetría es de -1,40, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por encima de la media. La curtosis es de -1,45, tratándose de una curva de la distribución leptocúrtica con bajos niveles de variabilidad.

Tabla 44
Prueba de normalidad. Tareas del hogar. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Tareas del hogar	.181	30	.013

En la tabla 44 se encuentra que ZKS (30) =0,181, $p < ,05$. En este sentido, partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,013, lo cual indica que la distribución observada y la distribución normal son diferentes, es decir, la distribución no se ajusta a la curva normal.

- Trabajo al aire libre

Tabla 45
Trabajo al aire libre. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	1.29	.24
Mediana	.70	
Desv. típ.	1.29	
Trabajo al aire libre	Mínimo	.00
	Máximo	4.00
	Asimetría	.79
	Curtosis	-.60

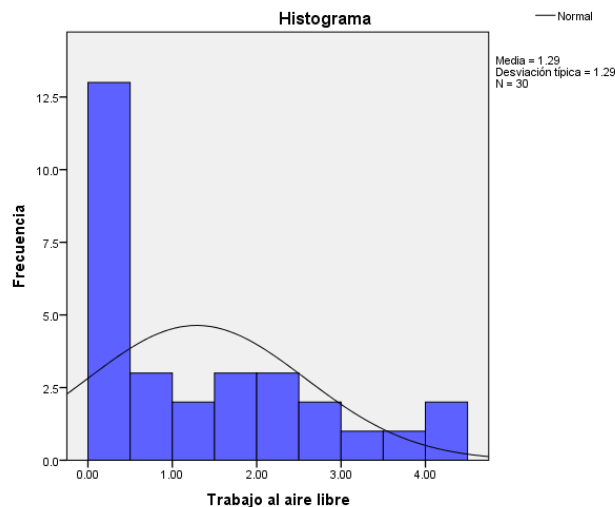


Figura 24. Trabajo al aire libre. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

La tabla 45 y la figura 22 puede observarse que las puntuaciones de trabajo al aire libre oscilan entre 0 y 4 puntos. La mediana es de 0,70 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 0,70. La media es de 1,29 y la desviación típica es de 1,29. La asimetría es de 0,79 y la curtosis es de -0,60, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando bajos niveles de variabilidad.

Tabla 46
Prueba de normalidad. Trabajo al aire libre. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Trabajo al aire libre	.203	30	.003

En la tabla 46 se encuentra que ZKS (30) = 0,203, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,003, lo cual indica que la distribución observada no se ajusta a la distribución normal

- Actividades de recreo

Tabla 47

Actividades de recreo. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	2.41	.27
Mediana	2.55	
Desv. típ.	1.49	
Actividades de recreo	Mínimo	.00
	Máximo	6.00
	Asimetría	.43
	Curtosis	.83

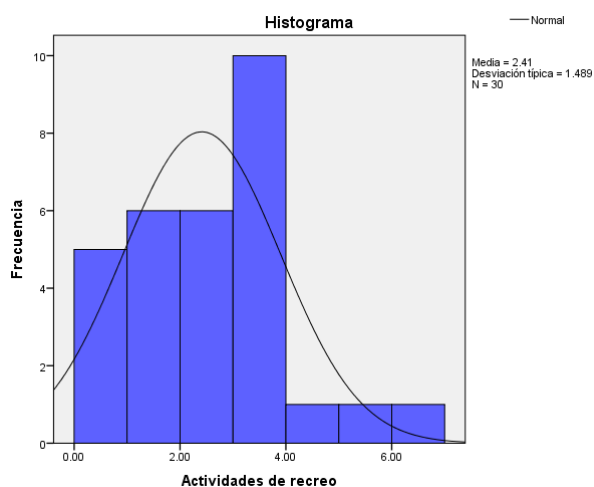


Figura 25. Actividades de recreo. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

La tabla 47 y la figura 23 puede observarse que las puntuaciones de trabajo al aire libre oscilan entre 0 y 6 puntos. La mediana es de 2,55 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 2,55. La media es de 2,41 y la desviación típica es de 1,49. Por otro lado, la asimetría es de 0,35 y la curtosis es de 0,06, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y leptocúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando bajos niveles de variabilidad.

Tabla 48
*Prueba de normalidad. Actividades de recreo. Inventario
 Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Actividades de recreo	.095	30	.200*

De acuerdo a la asimetría y la curtosis obtenida, pareciera que la curva de la distribución no se ajusta a la curva normal; sin embargo, en la tabla 48 se encuentra que $ZKS(30) = 0,095$, $p < ,05$ lo que indica que la distribución observada se ajusta a la distribución normal, partiendo de una significación asociada de ,200.

- Actividades sociales

Tabla 49
Actividades sociales. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	2.69	.29
Mediana	2.75	
Desv. típ.	1.58	
Actividades sociales	Mínimo	.00
	Máximo	7.25
	Asimetría	.64
	Curtosis	1.24
		.43
		.83

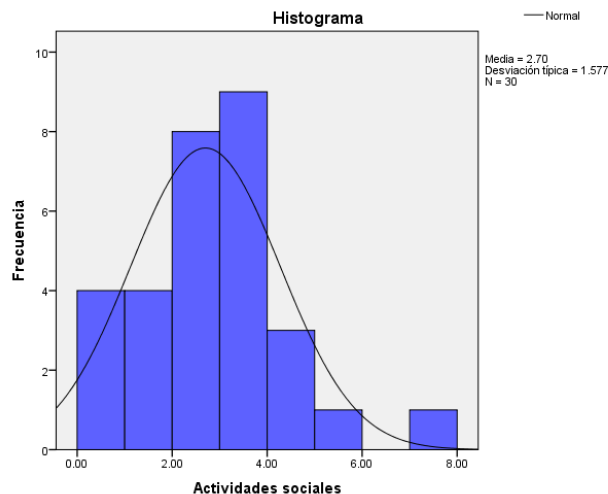


Figura 26. Actividades sociales. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

La tabla 49 y la figura 24 puede observarse que las puntuaciones de actividades sociales oscilan entre 0 y 7,25 puntos. La mediana es de 2,75 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 2,75. La media es de 2,69 y la desviación típica es de 1,58. La asimetría es de 0,64, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media. La curtosis es de 1,24 siendo una curva de la distribución leptocúrtica con bajos niveles de variabilidad.

Tabla 50

Prueba de normalidad. Actividades sociales. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Actividades sociales	.106	30	.200*

En la tabla 50 se encuentra que ZKS (30) = 0,106, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,200, lo cual indica que no existen diferencias entre la distribución observada y la distribución normal, es decir, que la distribución se ajusta a la curva normal, a pesar de la asimetría y la curtosis obtenida.

- Actividad global

Tabla 51

Actividad global. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

	Estadístico	Error típ.
Media	8.01	1.03
Mediana	7.38	
Desv. típ.	5.65	
Actividad global	Mínimo	1.78
	Máximo	17.50
	Asimetría	.43
	Curtosis	-.83

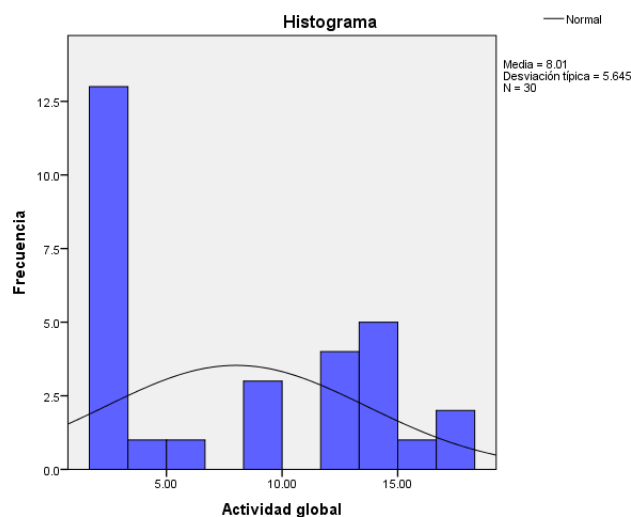


Figura 27. Actividad global. Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)

En la tabla 51 y la figura 25 puede observarse que las puntuaciones de actividad global oscilan entre 1 y 17,50 puntos. La mediana es de 7,38 puntos, lo que indica que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o menor a 7,38. La media es de 8,01 y la desviación típica es de 5,65. La asimetría es de 0,22 y la curtosis es de -1,72, por lo que la curva de distribución puede considerarse asimétrica y platicúrtica, en tanto las puntuaciones tienden a distribuirse por debajo de la media, mostrando bajos niveles de variabilidad.

Tabla 52
*Prueba de normalidad. Actividad global. Inventario
 Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD)*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Actividad global	.255	30	.000

En la tabla 52 se encuentra que ZKS (30) =0,255, $p < ,05$, por lo que partiendo de una probabilidad asociada menor a ,05, se encontró que el nivel de significación asociado es de ,000, lo cual indica que la distribución observada no se ajusta a la distribución normal.

5.6 Correlación de variables

5.6.1 Correlación entre el funcionamiento de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor

La correlación entre las puntuaciones de la atención y la memoria con las puntuaciones de la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor, se pueden apreciar en la tabla 53.

- Atención

- Atención Verbal

En relación a las puntuaciones obtenidas en el Test de Retención de Dígitos del WAIS III no se encontró relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables en estudio.

- Atención Visual

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el Test de Tachado de Bourdon, se encontró que existe una correlación lineal y estadísticamente significativa entre la tarea de tachado de letras E y la atención-distracción ($r_s = -.503$; $p < .05$). Es una correlación moderada e inversamente proporcional, es decir, mientras que la atención-distracción aumenta, disminuye la atención visual para el tachado de letras E en un texto dado y viceversa. Por otro lado, se encontró también una correlación lineal estadísticamente significativa entre la tarea de tachado de letras E y la angustia afectiva ($r_s = .371$; $p < .05$), siendo ésta una correlación leve y positiva, por lo que a mayor nivel de angustia afectiva, mayor número de letras E tachadas. El tachado de letras A y R no correlacionaron de manera estadísticamente significativa con ninguna de las otras variables en estudio.

- Memoria

- Memoria verbal

En relación a las puntuaciones obtenidas en el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, se encontró que sólo existe una relación lineal estadísticamente significativa entre la tarea de reconocimiento de palabras y la ansiedad ($r_s = -.528$; $p < .05$), la depresión ($r_s = -.509$; $p < .05$) y las tareas del hogar ($r_s = -.409$; $p < .05$), siendo éstas moderadas en los dos primeros casos y débil en cuanto a las tareas del hogar. Se trata de relaciones negativas, es decir, inversamente proporcional, por lo que a mayores valores de ansiedad,

depresión y tareas del hogar menor es el desempeño en tareas de reconocimiento, y viceversa. Por su parte, las puntuaciones del intento I y V del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, no poseen una relación estadísticamente significativa con el resto de las variables en estudio.

- Memoria visual

Como se puede observar en la tabla 53, el número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton se relaciona de manera estadísticamente significativa con la actividad global ($r_s = -.386$; $p < .05$). La relación es leve e inversamente proporcional, lo que indica que a menores valores de una, mayores valores de la otra. De igual manera, se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, leve y directamente proporcional, entre el número de errores y la actividad global ($r_s = .404$; $p < .05$).

5.6.2 Correlación entre el funcionamiento de la atención y la memoria

Tabla 54

Correlación entre el funcionamiento de la atención y la memoria

			Memoria verbal. Intento I	Memoria verbal. Intento V	Reconocimiento	Memoria visual. Número de reproducciones correctas	Memoria visual. Número de errores
Rho de Spearman	Atención verbal. Dígitos	Coefficiente de correlación	.058	-.120	-.282	.284	.139
		Sig. (bilateral)	.761	.528	.131	.128	.465
		N	30	30	30	30	30
	Atención visual. Porcentaje de A	Coefficiente de correlación	.038	.106	.334	-.174	.271
		Sig. (bilateral)	.841	.577	.072	.358	.147
		N	30	30	30	30	30
	Atención visual. Porcentaje de E	Coefficiente de correlación	.042	.300	.174	.240	-.275
		Sig. (bilateral)	.825	.107	.359	.202	.141
		N	30	30	30	30	30
	Atención visual. Porcentaje de R	Coefficiente de correlación	.126	.230	.111	.077	-.078
		Sig. (bilateral)	.508	.222	.559	.686	.682
		N	30	30	30	30	30

En la tabla 54 se puede observar que no se encontró relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento de la atención y la memoria.

5.6.3 Correlación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor

La correlación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor, se pueden apreciar en la tabla 55.

En relación a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad de Hamilton, se puede observar que existe una relación lineal y estadísticamente significativa entre la ansiedad y 5 de los factores que conforman el Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD) y que se corresponden con la medida de la percepción del dolor. Entre ellas, se encuentra una relación moderada con la interferencia ($r_s = ,732$; $p < ,05$) y la severidad del dolor ($r_s = ,624$; $p < ,05$); mientras que se halla una relación leve con la angustia afectiva ($r_s = ,447$; $p < ,05$), la respuesta a la solicitud ($r_s = ,437$; $p < ,05$) y las tareas del hogar ($r_s = ,422$; $p < ,05$).

Por su parte, la ansiedad también se relaciona de manera lineal y estadísticamente con la depresión ($r_s = ,877$; $p < ,05$), tratándose de una correlación fuerte. Todas las relaciones entre la ansiedad y las 6 variables mencionadas son directamente proporcionales, por lo que al aumentar los valores de una, también aumentan los valores de la otra.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión de Hamilton, se puede evidenciar en la tabla 55 que existe una relación lineal y estadísticamente significativa entre la depresión y 4 de los factores de la percepción del dolor, medidos por el Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD). De esta manera, se encuentra una relación moderada y directamente proporcional con la interferencia ($r_s = ,607$; $p < ,05$) y la severidad del dolor ($r_s = ,624$; $p < ,05$); y una relación leve y directamente proporcional con la angustia afectiva ($r_s = ,484$; $p < ,05$).

Por otro lado, también se encuentra una relación lineal, leve y estadísticamente significativa con el autocontrol ($r_s = -,412$; $p < ,05$). En este caso se trata de una relación inversamente proporcional, lo que indica que cuanto mayor es la depresión, menor es el autocontrol, y viceversa.

No se encontró relaciones estadísticamente significativas entre los otros factores de Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD) con la ansiedad y la depresión.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la relación de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia. Para ello, se aplicaron 7 pruebas a través de las cuales se obtuvieron puntuaciones que comprenden la atención verbal y visual, la memoria verbal y visual, la ansiedad, la depresión y 12 factores de la percepción del dolor, incluyendo además una escala de actividad global como parte de un modelo multidimensional de la percepción del dolor. En tal sentido, después de haber realizado una descripción y análisis de resultados, se presenta a continuación la discusión respecto a éstos.

En relación a la atención, se consideró mediante una entrevista semiestructurada las quejas subjetivas de fallas en la atención que pudieran presentar las 30 personas evaluadas, encontrando que un 63,3% de ellas reportan dificultades. Entre los reportes más frecuentes se encuentra que extravían objetos con frecuencia, no logran concentrarse cuando leen, dificultando la comprensión, no terminan de hacer lo que empiezan y consideran que se distraen con facilidad.

Respecto a la atención verbal, se encontró que en promedio las personas mostraron un desempeño normal bajo, estando por debajo de lo esperado de acuerdo a la edad de los evaluados. Mientras que en la atención visual, el promedio de porcentaje de letras tachadas estuvo acorde a lo esperado, exceptuando el tachado de la letra R, en el que se encontró un menor porcentaje, lo que pudiera estar explicado por el efecto de la fatiga. Por su parte, se considera que la diferencia entre el porcentaje de letras tachadas, se puede deber también a la mayor familiaridad que pueda haber con las vocales que con la letra R.

Estos resultados guardan relación con lo planteado por Munguía-Izquierdo y cols. (2008), quienes expresan que los pacientes con fibromialgia refieren con frecuencia quejas sobre el deterioro de la función cognitiva, incluidas la dificultad de concentración y atención. Así mismo, en las investigaciones realizadas se evidencia disminución en la atención tanto general como selectiva. En este sentido, Dick et al. (2004 c.p. Roldán-Tapia, Cánovas-López, Cimadevilla y Valverde, 2007) compararon a personas sanas con pacientes con fibromialgia,

artritis reumatoide y con dolor reumático, encontrando déficit de atención, especialmente selectiva y sostenida, en los pacientes con alguna de estas patologías.

Por otro lado, en relación a la memoria se encontró que 60% de las personas evaluadas reportan fallas en su funcionamiento, expresando en la mayoría de los casos olvidos frecuentes, como por ejemplo de cosas pendientes por hacer, como las citas, tomar pastillas, cosas por comprar, entre otros. Además, reportan olvido de objetos de uso frecuente como los lentes, las llaves o el nombre y cara de las personas conocidas. El 40% restante considera que su memoria tiene un funcionamiento normal.

Según Castel y cols. (2008), en algunos estudios se ha constatado que la percepción de déficit está amplificadas en los pacientes con fibromialgia respecto a los hallazgos objetivos, específicamente, se halla que estas personas con frecuencia expresan una mayor proporción de quejas de memoria a pesar de no mostrar peor rendimiento que otros pacientes con dolor crónico o con enfermedades reumáticas.

En cuanto a esto, se encontró en la investigación que el desempeño en la prueba aplicada para evaluar la memoria verbal fue normal. Considerando el número de palabras recordadas por los evaluados en cada uno de los intentos del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, parece que logran aprender con ensayos repetidos, es decir, la curva de aprendizaje por medio de repetición es ascendente, siendo indicador de una adecuada capacidad en la adquisición de material novedoso. En la evocación verbal del material reciente, posterior a la interferencia, se encontró un funcionamiento normal, obteniendo que, en promedio, hay una diferencia de dos palabras entre el número de palabras recordadas en el intento anterior al de interferencia y el número de palabras recordadas posterior a éste. Además, reconocen las palabras aprendidas dentro de una lista con un mayor número de palabras.

Resultados similares obtuvieron García y cols. (2013) en su investigación con pacientes con fibromialgia, en la cual encontraron que la curva de aprendizaje es ascendente. En el primer ensayo las puntuaciones estuvieron una desviación estándar por debajo de la media, a diferencia de esta investigación, pero hubo una mejora hasta conseguir puntuaciones normales en los intentos consecutivos. Igualmente encontraron que no habían resultados alterados en la evocación posterior a interferencia.

Respecto a la memoria visual, el promedio de número de reproducciones correctas es inferior al esperado y el número de errores es elevado, por lo que el funcionamiento de la memoria visual se considera que se encuentra por debajo de lo esperado respecto a las normas de interpretación de la prueba. En este sentido, el número de errores encontrados indica una ejecución muy deficiente. Se encontró que del total de errores cometidos por las personas evaluadas, el 30,54% fueron errores de distorsión, el 19,27% errores de rotación, el 18,54% errores de tamaño, el 16% errores de desplazamiento, el 11,27% errores de omisión y el 8,36% errores de perseveración. Al momento de la aplicación de la prueba, con frecuencia se evidenció ansiedad ante su realización y preocupación al no poder recordar con exactitud los dibujos, ante lo cual algunas personas manifestaron mayores dificultades en esta tarea respecto al resto de las actividades solicitadas.

En relación con los resultados obtenidos en la memoria visual, Covelli, Antonaci y Puca (1984 c.p. Esteve y cols., 2001), al comparar personas con dolor crónico con un grupo control, encontraron que se presentaba entre las alteraciones un deterioro en la memoria visual y el aprendizaje asociativo.

Así, el rendimiento cognitivo de las personas evaluadas indica que existe una ejecución inferior a la esperada en las tareas que impliquen atención verbal y memoria visual, encontrando un desempeño normal en la memoria verbal y en la atención visual, aunque ésta última parece ser sensible a la fatiga y a la familiaridad que pueda haber con los estímulos presentados.

En relación a la ansiedad, durante la entrevista las personas evaluadas manifestaron cierta irritabilidad en el discurso, en ocasiones debido a la enfermedad misma, pues se sienten limitadas en su vida laboral y personal a causa del dolor. De acuerdo a los resultados obtenidos, el 50% de las pacientes evaluadas obtuvieron 21,50 puntos o menos en la Escala de Ansiedad de Hamilton, que se corresponde con un nivel de ansiedad moderado.

Se obtuvo que de las personas evaluadas, el 21% tuvo puntuaciones que señalan ausencia de ansiedad, el 13,33% mostró una ansiedad leve, el 30% obtuvo puntuaciones que señalan ansiedad moderada y el 33,33% muestran una ansiedad muy severa.

En este sentido, entre los síntomas que fueron encontrados como más frecuentes se encuentran humor irritable, preocupaciones, fatigabilidad, trastornos del sueño, dificultades

en la concentración y el sueño, insatisfacción en las diversiones, palpitaciones, dolor y rigidez muscular.

Lo anterior se corresponde con lo descrito por Evrard, Escobar y Tevar, (2010), ellos señalan que en los pacientes que padecen fibromialgia, la ansiedad se manifiesta con síntomas como aprensión o irritabilidad, junto con manifestaciones físicas, que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios hasta molestias abdominales, pasando por sensación de mareo, sudoración y hormigueos. Las preocupaciones son difíciles de controlar y están asociadas a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, dificultad para dormir e inquietud. Estos autores consideran que la ansiedad en estos pacientes suelen ser reactivas a situaciones ambientales, tales como dificultades laborales, frustración o sentimientos de incapacidad debido al dolor, tendiendo a manifestarse sintomáticamente.

En cuanto a la depresión, se encontró mediante la observación durante la evaluación que tiende a haber llanto fácil y estado de ánimo triste o irritable, lo cual se ve reflejado en los resultados obtenidos ya que se encontró que la puntuación promedio se corresponde con una depresión severa. En términos generales parece que los síntomas asociados con la depresión que se presentan con más frecuencia son el estado de ánimo triste, sensación de incapacidad laboral, anhedonia, irritabilidad, preocupación por el funcionamiento del cuerpo y la salud, sensación de cansancio, dolores, pesadez en el cuerpo, alteraciones del sueño como dificultad para conciliarlo, sueño inquieto y despertar prematuro.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encuentra que el 3% de los evaluados obtuvieron puntuaciones que indican ausencia de depresión; el 20% mostró una depresión leve; otro 20% una depresión moderada; el 16,67% mostró una depresión severa y 40% de las personas evaluadas obtuvieron una puntuación que se corresponde con una depresión muy severa.

Revuelta y cols. (2010) afirman que entre la variedad de síntomas que se presentan en la fibromialgia se encuentra la depresión, siendo éste el de mayor prevalencia dentro de los problemas anímicos, encontrando que el 30% de los pacientes con fibromialgia padecen depresión en algún momento de su evolución y el 22% posee antecedentes de ésta. Por su parte, Moreno y cols. (2010), concluyeron en una investigación realizada con pacientes con fibromialgia, en la cual se evaluó la depresión con la escala de depresión de Hamilton, que a diferencia de lo encontrado en los resultados de esta investigación, la prevalencia de síntomas

depresivos severos no es frecuente en la población de pacientes con fibromialgia evaluados, aunque aproximadamente el 30% de ellos tuvo síntomas depresivos entre leves y moderados.

En relación a la percepción del dolor, se obtuvo resultados para cada factor de las tres secciones evaluadas. Respecto a la Sección I del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD) en el que se evalúa la sensación e impacto del dolor, se encontró que: en el factor interferencia, con un promedio de 3,22, se halla que el dolor interfiere de manera moderada en las actividades de la vida cotidiana; las relaciones de pareja, familiares y amistades; la capacidad de trabajar; la capacidad de participar en actividades sociales y de recreo; la capacidad para hacer las actividades rutinarias de la casa; y la satisfacción que de todas ellas se obtiene.

Por su parte, el factor apoyo social, obtuvo una puntuación promedio de 3,49 reflejando un apoyo, atención y preocupación moderado por parte del cónyuge u otra persona importante para la evaluada, expresada en conductas de ayuda, preocupación y atención cuando la persona siente dolor.

Respecto al factor severidad del dolor, se obtuvo una puntuación promedio de 3,46, lo cual señala una intensidad del dolor moderado, incluyendo el sufrimiento que debido a éste se padece. En relación con esto, se encontró en la entrevista realizada, que en un 38% de los casos el dolor es esporádico; mientras que en el 62% de las personas evaluadas el dolor se siente siempre, aunque varía en intensidad.

Moioli y Merayo (2005) encontraron en su investigación que sus evaluados expresaron que el dolor era diario. La intensidad o severidad, en este caso es medio-alto, con un patrón frecuente de empeoramiento progresivo durante el día, seguido de uno fluctuante. En cuanto al patrón descrito por estos autores, se encuentra en la presente investigación que el 62% de las personas siente más dolor en las mañanas, disminuyendo en el transcurso del día; mientras que el 40% expresa que los síntomas empeoran en la tarde.

Por su parte, el factor angustia afectiva, obtuvo una puntuación promedio de 3,44 señalando una frecuencia moderada de la presencia de un ánimo bajo, irritabilidad, ansiedad y tensión en la última semana.

El factor autocontrol arrojó una media de 4,16, lo cual permite suponer que las pacientes consideran haber sentido control sobre su vida y capacidad para manejar sus problemas de manera moderada.

En este sentido, lo descrito acerca de esta sección se corresponde con lo expresado por Cunningham y Jillings (2006 c.p. González, Landero y García-Campayo, 2010), quienes manifiestan que las personas con fibromialgia reportan un gran impacto de sus síntomas sobre las relaciones sociales y familiares, sobre las actividades recreativas, el trabajo y la satisfacción con la vida. Además, al considerar a la severidad del dolor, la angustia afectiva y el autocontrol, como unos de los factores incluidos dentro de la sección que se corresponde con el impacto del dolor en el Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale, no se puede dejar de lado, como mencionan Moiola y Merayo (2005), que tanto el dolor que presentan las personas con fibromialgia como las alteraciones del ánimo, conducen a una pérdida significativa de la calidad de vida y producen un deterioro en sus actividades, generando consecuencias en el ámbito de las relaciones sociales y familiares.

En cuanto a la Sección II del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD), la cual evalúa la percepción de las respuestas del medio ante la comunicación de que se siente dolor, se encontró lo siguiente: En el factor respuestas negativas se obtuvo en promedio una puntuación de 1,84, lo que señala una baja frecuencia de reacciones emocionales aversivas, entre las cuales se encuentran expresiones de frustración, malestar, enojo, entre otras, por parte de las personas cercanas al paciente cuando ésta manifiesta que siente dolor.

En relación al factor respuesta a la solicitud, se obtuvo una puntuación promedio de 3,73, que señala una frecuencia moderada de respuestas de cuidado del paciente por parte del conyugue o familiar, entre las que se encuentra la realización por parte de éste de tareas que le corresponden al evaluado, busca que la persona descanse y se preocupa por ella, suministra algún medicamento, comida o bebida, entre otras.

Por su parte, el factor atención-distracción obtuvo en promedio una puntuación de 2,89. Lo que refleja una frecuencia moderada de respuestas de atención y distracción que realizan las personas importantes cuando saben que el paciente siente dolor, como por ejemplo leerle un libro, hablar sobre cualquier tema para que la persona no piense en el dolor, intentar que realice alguna actividad o animarlo a practicar algún hobby.

Moioli y Merayo (2005), encontraron que el 76,6% de los familiares de pacientes con fibromialgia intentan alentarlos a que no realicen determinadas actividades, promoviendo una actitud pasiva por parte de estos. Un 38,3% intenta distraer a la persona cuando se presenta

un episodio de dolor. Sin embargo, hallaron que la percepción del paciente no se corresponde con lo que los familiares expresaron respecto al apoyo prestado. En este sentido, el 60% de las personas con fibromialgia perciben que los familiares intentan distraerles, un 43,3% dicen que les ignoran, un 16,7% manifiestan que los motivan a ser activos a pesar del dolor y otro 26,7% consideran que más bien los motivan a evitar ciertas acciones.

En la entrevista realizada, se pudo encontrar que el 66,66% de las personas evaluadas considera que sus seres más cercanos reaccionan con preocupación ante el dolor y los síntomas que forman parte de la fibromialgia, el 20,34% expresa que los familiares no se preocupan y el 13% manifiesta que las personas cercanas a ellas no saben que tienen fibromialgia, ni conocen la enfermedad.

En la Sección III del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD), en la cual se evalúa la funcionalidad cotidiana, se halló que: El factor tareas del hogar fue elevado, encontrándose un promedio de 4,48, lo que indica que existe una alta frecuencia de realización de actividades como lavar platos, ir a comprar comida, ayudar en la limpieza de la casa, preparar comida y poner la lavadora. Ello se encuentra en concordancia con la entrevista, en la que muchas de las evaluadas manifestaron ser ellas las que se encargaban, casi en su totalidad de las tareas del hogar.

Respecto al factor trabajo al aire libre, se tiene una puntuación con un promedio de 1,29, lo que señala una baja frecuencia en actividades fuera de casa, como cuidar del jardín, arreglar las plantas, hacer reparaciones en el carro o lavarlo y hacer reparaciones de la casa. Esta puntuación baja puede deberse al contexto cultural, dado que parece que no es frecuente que las personas realicen este tipo de actividades, pues no todos los evaluados tenían carro o jardín.

En cuanto al factor actividades de recreo, se obtuvo una puntuación promedio de 2,41, que señala una baja frecuencia en actividades como ir al cine, salir a comer o dar un paseo, dar una vuelta en el carro y hacer una excursión. Este resultado puede deberse a la interferencia que el dolor y los síntomas afectivos tienen en este tipo de actividades, pero también se considera que puede estar asociado a falta de recursos y/o a la inseguridad.

El factor actividades sociales obtuvo una puntuación promedio de 2,69 lo que señala una frecuencia moderada de actividades de ocio, por lo general fuera del hogar, realizadas

con otras personas como amigos o familiares, como jugar cartas, visitar amigos o familiares e ir al parque o la playa.

De esta sección se obtuvo un promedio de 8,01 para la puntuación de actividad global, lo que indica un desempeño moderado en lo que implica la funcionalidad cotidiana. Ésta sería entendida a partir de los factores de tareas del hogar, trabajo al aire libre, actividades sociales y de recreo.

Pérez-Pareja, Borrás, Sesé y Palmer (2005), quienes realizaron una investigación de la percepción del dolor de pacientes con fibromialgia haciendo uso del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale, plantean que de acuerdo a lo encontrado respecto a la interferencia que produce el dolor en la realización de tareas cotidianas, se sugiere que existe un aprendizaje comportamental común en todos los pacientes que padecen de dolor crónico, independientemente de la valoración que realice la persona del impacto que tiene el dolor en su vida. De esta manera, se considera el abandono de la realización de tareas como una estrategia de escape-evitación del dolor, la cual se encontraría modulada por la creencia de que el dolor incapacita, por lo que debe evitarse la actividad física.

Respecto a esto, las personas evaluadas manifestaron, que en ocasiones el dolor, el cansancio y el estado de ánimo las limitaba en su quehacer cotidiano y actividades de entretenimiento, considerando que les toma más tiempo hacer las cosas respecto a otras personas y que con una menor actividad se sienten más cansadas y el dolor aumenta. En concordancia con la investigación antes descrita, algunas personas manifestaban que dejaban de hacer algunas actividades, como salir de su casa o visitar familiares, para evitar sentir dolor; expresando también que en ocasiones intentaban hacer actividades, como limpiar la casa, pero en la medida que el dolor se lo permitiera, por lo que en lugar de dedicarse a limpiar todo el hogar, sólo hacían aseo en algunas partes de éste.

- Relación del funcionamiento de la atención y la memoria con la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.

Diversos autores han realizado investigaciones que aportan conocimiento del deterioro cognitivo en pacientes con fibromialgia y han hecho especial énfasis en la relación entre los parámetros cognitivos y síntomas como el dolor, la ansiedad y la depresión; sin

embargo, los resultados de estos estudios no han permitido generar conclusiones definitivas al respecto.

En cuanto a la atención verbal no se encontró relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables en estudio. En este sentido, Park et al. (2001 c.p. Munguía-Izquierdo y cols., 2008) plantean una relación entre la función cognitiva y el dolor, pero no con la ansiedad y la depresión; sin embargo, por otro lado, se ha encontrado que la interferencia del dolor en los procesos atencionales no sería general, sino que afecta particularmente a determinados procesos en los se requiera una mayor carga de atención y no afecta a los procesos atencionales relacionados con tareas de memoria, que sean más automáticos y requieran menor carga de atención, como se podría considerar el caso de esta investigación en la cual el funcionamiento de la atención verbal fue normal bajo, con un mejor desempeño en la repetición de dígitos directos. Además, la sola presencia de dolor no explicaría algún déficit atencional. (Grisard y Van der Linden, 2001 c.p. Castel y cols., 2008).

Respecto a la atención visual, se halló que existe una relación moderada e inversamente proporcional entre la tarea de tachado de letras E y la atención-distracción, que se entiende como las respuestas por parte de las personas cercanas al paciente que están dirigidas a atender y distraer a éste, por ejemplo, leerle un libro, animarlo a realizar actividades o a practicar algún hobby. Esto indica que a menor porcentaje de letras E tachadas, mayor frecuencia de respuestas de atención-distracción son percibidas por parte de los evaluados respecto a las personas cercanas a ellas.

En relación a ello, se considera que aunque se obtuvo un desempeño esperado en la atención, esta parece ser sensible a la fatiga y a la familiaridad con los estímulos presentados, por lo que ante las quejas de falla subjetiva que presentan las pacientes, sumado a la sensación de dolor, se podría generar respuestas de atención y distracción por parte de sus familiares y personas cercanas, quienes perciben las dificultades manifestadas.

Por su parte, se halló una relación leve y positiva entre el porcentaje de letras E tachadas y la angustia afectiva, por lo que parece que a determinados niveles de ansiedad, se puede encontrar una mayor atención, considerándose respecto a esto que al haber un estado de ansiedad, preocupación e irritabilidad, puede que la persona realice un mayor esfuerzo en este tipo de actividades para lograr un mejor desempeño y que un bajo rendimiento no pueda

afectarlas. Es de tener en cuenta que para que esto ocurra, los niveles de ansiedad no deben ser muy elevados, de ser así, el desempeño se vería afectado.

En cuanto a la memoria verbal, se encontró que el reconocimiento de palabras se relaciona moderadamente con la ansiedad y la depresión. En consecuencia, a mayor cantidad de síntomas de ansiedad y depresión, menor es la capacidad de reconocer palabras previamente aprendidas.

Cuevas (2010) expresa que los estudios iniciales sobre las alteraciones cognitivas en pacientes con fibromialgia, estuvieron orientados dentro de un enfoque que mantenía una relación entre éstas y las alteraciones del estado de ánimo. En este sentido, hallaron que estos déficits, donde está incluida la memoria, son similares en un grupo de fibromialgia y un grupo de depresión. Los estudios plantean que los procesos de memoria semántica se encuentran alterados tanto en pacientes con trastorno depresivo mayor, como en pacientes con fibromialgia que presentan depresión. Aunque se encuentran investigaciones que pusieron de manifiesto que las alteraciones emocionales no eran las causantes de las déficits cognitivos en las personas con fibromialgia, se han incluido los niveles de ansiedad y depresión como variables moduladoras de estas alteraciones, más que como factores causales.

Suhr (2003 c.p Munguía-Izquierdo y cols., 2008) plantea que existe una relación moderada entre la función cognitiva y la depresión; sin embargo, no encontró ninguna relación entre las diversas variables cognitivas evaluadas y el dolor, tal como se halla en la presente investigación.

En relación a la ansiedad, Munguía-Izquierdo y cols. (2008) realizaron una investigación con pacientes con fibromialgia en la que consideraban como uno de los objetivos determinar la influencia de la ansiedad y el dolor en la función cognitiva. Encontraron que existe una relación entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo con el rendimiento en la prueba del Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey. La correlación es inversamente proporcional y se encuentra un mayor nivel de relación cuando se trata de la ansiedad rasgo. Esto concuerda con la relación inversa que se encontró en la presente investigación entre la tarea de reconocimiento y la ansiedad.

Por su parte, se encuentra una relación leve entre la tarea de reconocimiento con la medida de tareas del hogar, la cual alude a las tareas de cuidado diario del hogar como lavar

platos, colaborar con la limpieza y lavar la ropa, entre otros. Se trata de una relación inversamente proporcional, que indicaría que a menor puntuación en tareas de reconocimiento, mayor será la frecuencia con la que se realicen las tareas del hogar y viceversa. Lo encontrado se relaciona con que al haber un funcionamiento menor en la memoria, puede que haya una mayor interferencia con el desempeño en el ámbito laboral, generando en ocasiones el abandono del trabajo, por lo que aumentaría la frecuencia de la realización de tareas en el hogar, que incluyen actividades que requieren menos esfuerzo cognitivo.

Respecto a la memoria visual, se encontró que existe una relación leve e inversamente proporcional entre el número de reproducciones correctas en el Test de Reproducción Visual de Benton y la actividad global, que implica la funcionalidad cotidiana comprendida en las tareas del hogar, los trabajos al aire libre, las actividades de recreo y las actividades sociales. Esta relación indicaría que a mayor número de reproducciones correctas, menor será la funcionalidad cotidiana expresada en términos de actividad global.

También se obtuvo una relación significativa, leve y directamente proporcional entre el número de errores y la actividad global, lo que implica que a mayor número de errores en la copia de figuras, mayor será el nivel de actividad global. En relación a ambas correlaciones con la actividad global, no se encuentra teoría que logre explicarla, por lo que se considera que este resultado puede verse influenciado por puntuaciones de la actividad global que no se corresponden con los aspectos culturales. Se hace referencia específicamente al factor de trabajos al aire libre, el cual forma parte de la puntuación de la actividad global y no es coherente con las características de la muestra.

- Relación entre el funcionamiento de la atención y la memoria

Se encontró que no existen relaciones lineales estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en la atención y la memoria, tanto verbal como visual. Este resultado podría indicar que, al menos en la muestra de pacientes evaluadas, el funcionamiento de la atención y la memoria son independientes, pues un mejor o menor desempeño en uno, no se relaciona con un mejor o menor desempeño en el otro.

- Relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor

Diversos estudios señalan a la fibromialgia como una enfermedad que se encuentra estrechamente relacionada con trastornos como la ansiedad y la depresión, patologías que la cronifican y agravan de manera significativa. La ansiedad es señalada como la forma más común de deterioro del bienestar subjetivo en pacientes con dolor crónico, constituyendo una de las respuestas psicológicas mediadoras de la experiencia de dolor más señalada. Por su parte, la depresión es una de las respuestas emocionales más frecuentemente asociadas al dolor.

En cuanto a la correlación entre la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor, se encontraron nueve correlaciones de las cuales, interferencia, severidad del dolor y angustia afectiva, arrojaron correlaciones positivas y directamente proporcionales tanto para ansiedad como para depresión. Por su parte, las variables respuesta a la solicitud y tareas del hogar, correlacionaron con ansiedad; mientras que autocontrol correlacionó únicamente con depresión.

La correlación de la ansiedad y la depresión con el factor interferencia, es una positiva, fuerte y directamente proporcional, lo que indica que a mayor frecuencia de síntomas como preocupaciones, tristeza, irritabilidad, trastornos del sueño, entre otros, mayor será el impacto de éste en la vida diaria, las actividades cotidianas, las relaciones sociales y las actividades laborales, y viceversa.

La correlación obtenida entre la ansiedad, la depresión y la severidad del dolor es positiva, fuerte y directamente proporcional que indica que a mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, mayor es la intensidad del dolor y el sufrimiento que éste genera en la persona, y viceversa.

La ansiedad y la depresión se han relacionado con la génesis, el mantenimiento y el aumento del dolor crónico, tanto en sus aspectos psicológicos como físicos. La ansiedad se considera como una respuesta psicológica que es mediadora de la experiencia de dolor. Actúa manteniendo y potenciando el dolor, encontrando que a mayores niveles de ansiedad, el dolor es percibido como más intenso y desagradable. Entre las hipótesis más comunes que intentan explicar esta relación se encuentra que la ansiedad influye sobre el grado de tensión muscular, generando un círculo de dolor-ansiedad-tensión-dolor. Por otro lado, se considera

a la ansiedad como reacción de estrés ante el dolor, lo que facilita la percepción de dolor e incapacita, generando menores niveles de tolerancia. También se considera que hay un efecto de ésta en la percepción de la situación como más o menos nociva y se asocia con una mayor focalización atencional, dando como resultado la detección de más áreas de dolor, evaluaciones más negativas y amenazantes del mismo, y un mayor nivel de alerta hacia el dolor (Truyols y cols., 2008).

Alvarado y Montenegro (2013), señalan respecto a la ansiedad, que su presencia puede predisponer a estos pacientes a sensaciones somáticas muy intensas, lo que aumentaría la incapacidad que generan los mismos y los hace más propensos a sentir que su dolor es mucho más intenso.

En cuanto a la relación con la depresión, se considera que ésta puede aumentar las conductas manifiestas de dolor y reducir el nivel de actividad de los pacientes, produciendo un mayor grado de interferencia del dolor en la vida cotidiana, tal y como se encontró en esta investigación. Estudios como el de Alvarado y Montenegro (2013), corroboran lo planteado, indicando que la sintomatología depresiva influye en la percepción del dolor músculo esquelético, haciendo que éste se perciba con mayor intensidad, sucediendo algo similar con los trastornos de ansiedad.

Truyols y cols. (2008) también plantean algunas hipótesis respecto a la relación descrita. Entre ellas, consideran que el dolor crónico, en ausencia de una explicación orgánica, puede ser una variante de la depresión o depresión enmascarada, siendo ésta el trastorno primario, aunque parezca no reconocida o expresada. También señalan que el dolor produciría un estado depresivo como consecuencia de la disminución en las capacidades personales para llevar a cabo actividades. De esta manera, estarían asociando el dolor, la discapacidad y el estigma social como predictores de la depresión.

Otra de las hipótesis es que el dolor y la depresión ocurren de forma simultánea al estar asociados por fundamentos biológicos y psicológicos similares, partiendo de que existen substratos biológicos, bioquímicos y genéticos en común. Así, desde el modelo neurobiológico se plantea que la depresión influye en la transmisión sensorial del dolor a través de una mayor focalización en el aspecto somático, que activa las neuronas facilitadoras del dolor, considerando también que la depresión aumenta la posibilidad de interpretar las

sensaciones corporales de forma amenazante, afectando los aspectos evaluativos y afectivos de la misma (Truyols y cols., 2008).

Por su parte, las variables ansiedad y depresión también correlacionaron de manera moderada, y directamente proporcional con el factor angustia afectiva, lo que indica que a mayores niveles de ansiedad, mayor será la presencia de un ánimo bajo, irritabilidad, y tensión. Esta correlación muestra particularmente una concordancia en la medición realizada de los síntomas afectivos medidos por diferentes escalas, la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Depresión de Hamilton y el factor de angustia afectiva del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale.

El factor respuesta a la solicitud se relaciona positiva y moderadamente con la ansiedad, lo que sugiere que elevados niveles de ansiedad, se traducen en un aumento de respuestas de cuidado del paciente por parte del conyugue o familiar. De la misma manera, se encontró que el factor tareas del hogar tiene una relación directamente proporcional con la ansiedad, señalando que a mayor realización de las tareas del hogar, mayor ansiedad, pudiendo estar asociado esto con que cuando realizan actividades como el cuidado del hogar, se incrementa el dolor y el cansancio, generando ansiedad ante esto.

Por su parte, el factor autocontrol correlacionó de manera inversamente proporcional con el factor depresión, lo que sugiere que una mayor presencia de síntomas depresivos conlleva a una disminución en la percepción de control sobre su vida y sus problemas. Esto en concordancia con lo que plantea Tuyols y cols. (2008) respecto a que la presencia de depresión produce un aumento de cogniciones negativas en relación al dolor y la enfermedad, relacionando esto con la percepción del impacto del dolor, sentimientos de indefensión, pérdida de control y de autoeficacia. De esta manera, las distorsiones cognitivas y otros síntomas del dolor y la depresión, generarían en las personas una menor percepción de capacidades y pérdida de control sobre sus vidas.

Además de la relación entre la ansiedad y la depresión con los distintos factores de la percepción del dolor, se encontró una relación fuerte y directamente proporcional entre ambas, por lo que se asocian mayores niveles de ansiedad con mayores niveles de depresión.

De lo anterior se extrae que un paciente que esté experimentando síntomas ansiosos tiene una alta probabilidad de presentar síntomas depresivos, que junto con su problema de

dolor conforman un cuadro complejo que va más allá de los síntomas fisiológicos y psicológicos, y donde entran además factores de índole social, familiar, entre otros.

Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez y Días (2009) también encontraron una relación significativa entre la ansiedad y la depresión, aunque su presencia es desigual. Encontraron que el 44% de la muestra manifiesta un nivel de ansiedad clínico y el 25% presenta depresión. En esta investigación también se encontró un nivel desigual de ambos, pero en este caso la depresión puntuó mayor que la ansiedad. Respecto a esto, los autores expresan que los resultados permiten corroborar la presencia de reacciones emocionales en la fibromialgia, pero con un impacto diverso en cada paciente, lo cual coincidiría con algunas investigaciones que plantean que hay un carácter independiente en la relación de la ansiedad y la depresión con la fibromialgia. En cuanto a esto se señala que el dolor generalizado suele asociarse más con la ansiedad, mientras que la fatiga se relaciona con la depresión.

De esta manera, se puede evidenciar que la fibromialgia es una enfermedad en la que influyen diversos factores, estando relacionada con la ansiedad, la depresión y las dimensiones de la percepción del dolor, donde parece que el apoyo social y las formas de afrontamiento de los síntomas juegan un papel fundamental. Así mismo, en algunos casos el funcionamiento cognitivo puede considerarse modulado por las variables mencionadas, afectando la calidad de vida de quienes tienen el diagnóstico de fibromialgia.

Se considera que al encontrarse interrelacionada con múltiples variables, biológicas, psicológicas y sociales, y teniendo una amplia variedad de síntomas asociados, se deben tomar en cuenta las particularidades individuales para poder contribuir en la mejora y la búsqueda de mayor calidad de vida de estos pacientes.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados y a la discusión descritos previamente, se presentan a continuación las conclusiones derivadas de la investigación realizada con personas que poseen diagnóstico de fibromialgia.

- En la atención verbal, las personas evaluadas mediante el Test de Retención de Dígitos del WAIS III, mostraron en promedio un desempeño normal bajo.
- En la atención visual, los evaluados a través del Test de Tachados de Letras de Bourdon, mostraron un desempeño acorde a lo esperado, no obstante, se considera que éste puede ser sensible a la fatiga y a la familiaridad con los estímulos presentados.
- En la memoria verbal, que fue evaluada con el Test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, se encontró que, en promedio, el desempeño de los participantes fue normal. La curva de aprendizaje por medio de repetición es ascendente, la pérdida de información tras la interferencia y el proceso de reconocimiento se encuentran dentro de los rangos normales.
- En la memoria visual, cuyas puntuaciones se obtuvieron por medio del Test de Reproducción Visual de Benton, se halló que las personas evaluadas mostraron un desempeño inferior al esperado, observándose, a partir del número de errores, un desempeño muy deficiente.
- El promedio de la ansiedad, evaluada con la Escala de Ansiedad de Hamilton, corresponde con un nivel moderado.

- La puntuación promedio de la depresión, evaluada con la Escala de Depresión de Hamilton, corresponde con un nivel de depresión severa.

- En relación a la percepción del dolor, evaluada a través del Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale (IMD), se observó que en la Sección I, la sensación e impacto del dolor es moderado, encontrando, de esta manera, que la interferencia, apoyo social, severidad del dolor, angustia afectiva y autocontrol son moderados.

En la Sección II, se obtuvo una baja frecuencia de respuestas negativas por parte de las personas cercanas a los evaluados, cuando manifiestan sentir dolor; una frecuencia moderada de respuestas ante la solicitud y de respuestas de atención-distracción.

En la Sección III, se halló un nivel de la actividad global moderado, encontrándose una frecuencia elevada de tareas del hogar; una frecuencia moderada de las actividades sociales; frecuencia baja de trabajo al aire y actividades de recreo.

- Se encontró que no existe relación lineal y estadísticamente significativa entre la atención verbal y el resto de las variables en estudio.
- Se puede observar una relación significativa, moderada e inversamente proporcional entre el porcentaje de letras E tachadas y la puntuación de atención-distracción recibida por personas cercanas a los evaluados.
Además se encontró una relación significativa, leve y directamente proporcional entre el porcentaje de letras E tachadas y el puntaje obtenido en angustia afectiva.
- En la memoria verbal se pudo observar una relación significativa, moderada e inversamente proporcional entre la tarea de reconocimiento, la ansiedad y la depresión. Igualmente, se encuentra una relación leve entre ésta y las tareas del hogar.
- En la memoria visual se encontró una relación significativa, leve e inversamente proporcional entre el número de reproducciones correctas y la actividad global.

Además, ésta también se relaciona significativamente con el número de errores, tratándose de una relación leve y directamente proporcional.

- No se encontró relación significativa entre el funcionamiento de la atención y la memoria.
- Se obtuvo que la ansiedad y la depresión tienen una relación significativa, moderada y directamente proporcional con la interferencia y severidad del dolor. También se encontró una relación entre éstas y la angustia afectiva, aunque en este caso se trata de una correlación leve.
- Por su parte, se encontró una relación significativa, leve y directamente proporcional entre la ansiedad, la respuesta a la solicitud y las tareas del hogar. Mientras que la depresión se relaciona con el autocontrol, tratándose de una relación leve e inversamente proporcional.
- Por último, se encontró una relación significativa, fuerte y directamente proporcional entre las puntuaciones de ansiedad y depresión.

CAPÍTULO VIII

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A partir del trabajo realizado se plantean las limitaciones encontradas y las recomendaciones que podrían ser tomadas en cuenta a la hora de desarrollar nuevas investigaciones en el área de la fibromialgia. Algunas de las limitaciones y recomendaciones más importantes a las cuales se puede hacer referencia son:

- Profundizar en la evaluación de cada función cognitiva. Para ello se pueden incorporar diversas pruebas que permitan hacer una evaluación exhaustiva de cada función por separado.
- Evaluar la memoria de trabajo, la cual ha sido estudiada en investigaciones sobre fibromialgia.
- Adaptar en las futuras investigaciones sobre la percepción del dolor, las preguntas realizadas en torno a las actividades cotidianas que puedan ejecutar los evaluados en relación al contexto cultural, en vista de que en la presente investigación parece que la evaluación de la funcionalidad cotidiana, que considera las tareas del hogar, los trabajos al aire libre, las actividades de recreo y sociales, no se ajusta del todo al contexto, en especial, el factor de trabajos al aire libre.
- Establecer diferencias de resultados de acuerdo al nivel socioeconómico, el nivel de instrucción y la edad.
- Evaluar el funcionamiento de la atención y la memoria en pacientes con fibromialgia con y sin Síndrome de Fatiga Crónica, con la finalidad de establecer diferencias en el funcionamiento cognitivo de ambos grupos, ya que en algunas investigaciones realizadas se plantean que el deterioro cognitivo se puede deber a la sintomatología del Síndrome de Fatiga Crónica, más que a la fibromialgia en sí.

- Evaluar los rasgos de personalidad y las técnicas de afrontamiento empleadas por pacientes con fibromialgia, debido a que se considera que ambas variables funcionan como moduladoras de la experiencia de dolor y su consecuente influencia en la calidad de vida del paciente.
- Desarrollar en base a los resultados obtenidos una investigación que plantee un plan de tratamiento multidisciplinario que permita promover una mejor calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de fibromialgia, ajustándose a las características y necesidades de cada persona en particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, M., Montenegro, D. (2013). *Asociación entre Depresión Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales del Distrito de Chiclayo*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México, D.F.: Merck Sharp Dohme.
- Blasco, L., Mallo, M., Mencía, A., Francha, J., Casaus, P., Peña, J., Labad, A., Gutiérrez-Zotes, J. y Jariod, M. (2006). Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34 (2), 112-122.
- Castel, A., Cascón, R., Salvat, M., Sala, J., Padrol, A., Pérez, M. y Rull, M. (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia y sin fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 358-370.
- Cuevas, A. (2010). *Personalidad, Funciones Neuropsicológicas e Impacto del Dolor en Pacientes con Fibromialgia*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad de Granada, Granada, España.
- Deus, J. (2009). ¿Se puede ver el dolor? *Reumatología Clínica*, 5 (5), 228-232.
- Drake, M. (2007). Evaluación de la atención. En Burin, D., Drake, M. y Harris, P. (Eds). *Evaluación Neuropsicológica en Adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Eladi, J. (2006). La Percepción del Dolor: como sentimos e influimos en el viaje síntoma. *Humanidades Médicas* 6 (1), 34-51.
- Esteve, M., Ramírez, C. y López-Martínez, A. (2001). Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 119-127.
- Evrard, E., Segura, E., Tevar, P. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (7), 326332.
- García-Bardón, V., Castel-Bernal, B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2 (1), 38-43.
- García, S., Poca, V., Pereira, C., Fernández, A., Cuscó, A., García, F. y Deus, J. (2013). Efecto del trastorno afectivo en el rendimiento cognitivo del paciente con fibromialgia. *Cuadernos de medicina psicosomática y de psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*, 107, 23-31.

- Gómez, B. (2013). *Lateralidad cerebral y zurdería. Desarrollo y Neuro-Rehabilitación*. EEUU: Palibrio.
- González, A., Fernández, P. y Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia. *Psicothema*, 22 (4), 997-1003.
- González, M., Landero, R. y García-Campayo, J. (2010). Fibromialgia: relación de síntomas somáticos, burnout e impacto de la enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 93/94, 16-21.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hernández, M., Fernández, C. y Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación* (4ta. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Jiménez, M. (2012). *Catastrofización y Aceptación: Correlación de Constructos Psicológicos en la Percepción del Dolor en pacientes con Fibromialgia*. Tesis de doctorado no publicado. Universidad de Zaragoza.
- Kandel, E., Schwartz, J. y Jessell, T. (1997). *Neurociencia y conducta*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Kerns, M., Turk, D. y Rudy, T. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356
- Leturia, F., Yanguas, J., Arriola, E. y Uriarte, A. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. España: Caritás Española.
- Leza, J. (2003). Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. *Revista de Neurología*, 36 (12), 1165-1175.
- Londoño, L. (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 5 (8), 91-100.
- López, M. (1998). *Evaluación Neuropsicológica: Principios y Métodos*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- López, M. y Mingote, J. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19 (3), 343-358.
- López-Chicheri, I. (2012) *Variable Psicológicas relevantes en fibromialgia*. Trabajo de grado de Doctorado no publicado. Universidad de Zaragoza.
- López-Timoneda, F. (1996). Definición y Clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4 (1), 49-55.

- Martín, V. (2011). Historia de la Fibromialgia. En Ayán, C. (Eds.). *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Miró, J. (2003). Dolor Crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moioli, B. y Merayo, L. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12 (8), 476-484.
- Moreno, V., Namuche, F., Noriega, A., Vidal, M., Rueda, C., Pizarro, J. y Vidal, L. (2010). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71 (1), 23-27.
- Morris, C. y Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación.
- Munguía-Izquierdo, D., Legaz-Arrese, A., Moliner-Urdiales, D. y Reverter-Masía, J. (2008). Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia: relación con dolor y ansiedad. *Psicothema*, 20 (3), 427-431.
- Muñoz, E., Blázquez, J., Galparsoro, N., González, B., Lubrini, G., Periañez, J., Ríos, M., Sánchez, I., Tirapu, J. y Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2009). *La comprensión del cerebro. El nacimiento de una ciencia del aprendizaje*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez.
- Pedrajas, J. y Molino, A. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19 (3), 277-293.
- Perea, M. y Ladera, V. (1995). Rendimiento Neuropsicológico: Edad, educación y sexo. *Psicothema*, 7 (1), 105-112.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16 (3), 415-420.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Sesé, A. y Palmer, A. (2005). Percepción de dolor y fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (5), 303-310.
- Porro, J. (2003). Enfoque rehabilitador del síndrome de dolor regional complejo tipo I. *Revista Cubana de Rehabilitación* 14 (20), 25-29.
- Rebollo, M. y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42 (2), 3-7.

- Revuelta, E., Segura, E. y Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (7), 326-332.
- Rodríguez, C. y Zamorano, R. (2008). Ansiedad. En Chicharro, J. y López, L. (Eds). *Fisiología Clínica del Ejercicio*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Roldán-Tapia, L., Cánovas-López, R., Cimadevilla, J. y Valverde, M. (2007). Déficit mnésicos y perceptivos en la fibromialgia y la artritis reumatoide. *Reumatología clínica*, 3 (3), 101-109.
- Ruiz, M., Nadador, V., Fernández-Alcantud, J., Hernández-Salván, J. Riquelme, I. y Benito, G. (2007). Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 36-44.
- Sánchez, V., Guijarro, T. y Sanz, Y. (2005). La observación psicológica en los tribunales para niños en España (1889-1975). Estructura de la exploración psicológica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (94), 81-119.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (10ª ed.). México: Pearson Educación.
- Schramm, E. (1998). *Psicoterapia Interpersonal*. Barcelona, España: MASSON.
- Soucase, B., Monsalve, V. y Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: El papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 8-16.
- Tovar, M. (2005). Fibromialgia. *Colombia Médica*, 36 (4), 287-291.
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3), 295-320.
- Vallejo, M., Comeche, M., Ortega, J., Rodríguez, M. y Díaz, M. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2 (2), 28-34.
- Varela, M., Avila, M. y Fortoul, T. (2005). *La memoria: definición, función y juego para la enseñanza de la medicina*. México D.F: Editorial Médica Panamericana.
- Vargas, L. (2004). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), 47-53.
- Villanueva, V., Valía, J., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. y de Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 430-443.

ANEXOS

Anexo A**Entrevista Semi-estructurada****Datos de identificación:**

Nombre: _____ Edad: _____

Grado de instrucción: _____

Edo civil: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ocupación actual: _____

Ingresos económicos aproximados: _____

¿Puede decirme qué fecha es hoy?

¿Ha habido o hay consumo de alcohol/drogas?

¿Posee antecedente médicos personales o familiares?

¿Posee antecedente psiquiátricos personales o familiares?

¿Qué tratamiento médico sigue?

Fibromialgia

¿Posee usted un diagnóstico de fibromialgia?

¿Hace cuánto tiempo se le diagnosticó?

¿Hace cuánto tiempo se presentaron los primeros síntomas?

¿Cómo ha sido la evolución de los síntomas, han mejorado, se han mantenido igual o han empeorado desde que aparecieron por primera vez?, ¿ha habido cambios?

¿Le atribuye usted una causa a la enfermedad o lo asocia a algún evento? Explique

¿Qué significa para usted tener fibromialgia?

¿Cómo afronta los síntomas de esta enfermedad?

¿Cómo han reaccionado las personas cercanas a usted en cuanto a la enfermedad?

Dolor:

*Si no menciona dolor preguntar: ¿Ha sentido usted dolor?

¿Cuál ha sido la intensidad del dolor en una escala del 1 al 10, donde 1 es sin dolor y 10 es dolor muy fuerte?

¿Siente dolor en éste momento?

¿Qué tan fuerte ese dolor en una escala del 1 al 10, donde 1 es sin dolor y 10 es dolor muy fuerte?

¿Con qué frecuencia aparece el dolor?

¿Cómo ha afectado su vida el tener dolor? Explique

¿Qué cosas aumentan su dolor?

¿Qué cosas calman su dolor?

Estado de ánimo:

¿Cómo se siente emocionalmente?

¿Se ha sentido muy triste todo el día y durante la mayoría de los días?

¿Ha disminuido su capacidad para sentir o experimentar placer en todas o casi todas las actividades de su vida?

¿Ha tenido una pérdida importante de peso sin que sea esta por un régimen dietético?

¿Ha experimentado insomnio o hiperinsomnio?

¿Ha experimentado sentimientos de inutilidad o desvalía excesivos o inapropiados?

¿Ha experimentado pensamientos recurrentes de muerte o daño?

¿De qué manera la enfermedad ha afectado su estado de ánimo?

¿Ha experimentado sensación de cansancio?

¿La sensación de cansancio ha afectado el quehacer cotidiano?

¿Ha experimentado palpitaciones, sudoraciones, aumento de la frecuencia cardiaca, sensación de ahogo, náuseas, mareo o desmayos, miedo a perder el control, miedo a morir?

Atención y concentración

¿Le gusta leer? ¿Puede concentrarse en lo que lee y seguir la secuencia?

¿Le gusta ver televisión? ¿Puede concentrarse en lo que ve y seguir la secuencia?

¿Termina de hacer lo que empieza?

¿Tiene dificultad para organizar tareas u actividades que tenga que hacer?

¿Se distrae fácilmente?

¿Extravía objetos con frecuencia?

¿Qué objetos?

¿Con qué frecuencia?

Memoria

¿Cómo se siente usted de la memoria?

¿Se le olvidan las cosas?

¿Qué tipo de cosas se le olvidan?

¿Con qué frecuencia se le olvidan?

¿Utiliza agendas, alarmas o realiza listas para recordar lo que tiene que hacer?

¿Se le olvidan las cosas que tiene pendiente por hacer?

¿Las fallas de atención memoria afectan su desempeño cotidiano?

¿Hay alguna otra cosa que me quiera comentar respecto a lo que hemos hablado?

Anexo B

Inventario Multidimensional del Dolor West Haven-Yale

En las siguientes 20 preguntas le pedimos que describa su dolor y cómo éste afecta a su vida. Debajo de cada una verá una escala del 0 al 6 para que anote su respuesta, lea atentamente cada pregunta y rodee con un círculo el número que refleje el grado en que es aplicable a usted lo que se le indica en la pregunta. Por favor, conteste todas las preguntas

Ejemplo:

¿Con cuanta frecuencia lee el periódico?

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Diariamente

Si usted nunca lee el periódico debería rodear con un circulo el numero 0 (cero). Si lo lee diariamente debería rodear el número 6 (seis). Es decir, los números más bajos expresan poca frecuencia de lectura y los más altos indican una lectura más frecuente.

PARTE I

1. Puntúe la intensidad del dolor en este momento

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muy intenso

2. En general, ¿en qué medida interfiere el dolor en sus actividades cotidianas?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

3. Desde que usted padece un problema de dolor, ¿cuánto ha cambiado su capacidad para trabajar?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

___ Marque con una equis (X) en la línea si está retirado del trabajo por razones distintas a las de su problema de dolor.

4. ¿Hasta qué punto ha cambiado su dolor la satisfacción que obtiene de sus actividades sociales y de recreo?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

5. ¿En qué medida le sirve de ayuda o de apoyo, su cónyuge (u otra persona importante para usted) en relación a su dolor?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

6. Puntúe su estado de ánimo general durante la semana pasada.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Muy bajo

Muy elevado

7. ¿Cuán fuerte ha sido su dolor, por término medio, durante la semana pasada?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada fuerte

Muy fuerte

8. ¿Cuánto ha cambiado el dolor, su capacidad para participar en actividades sociales y de recreo?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

9. ¿Cuánto ha cambiado el dolor la satisfacción que obtiene de actividades familiares?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

10. ¿Cuánto preocupa a su cónyuge (u otra persona importante para usted) su problema de dolor

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

11. Durante la semana pasada, ¿cuánto control ha sentido que tenía sobre su vida?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

12. ¿Cuánto sufre usted debido al dolor que padece?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

13. ¿Cuánto ha cambiado el dolor sus relaciones de pareja y familiares?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

14. ¿Cuánto ha cambiado el dolor la satisfacción que obtiene de su trabajo?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

___ Marque con una equis (X) en la línea si actualmente NO está trabajando.

15. ¿Cuánta atención recibe de su cónyuge (u otra persona importante para usted) con respecto a su problema de dolor?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

16. Durante la semana pasada, ¿en qué medida se sintió capaz de manejar sus problemas?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

17. ¿Cuánto ha cambiado el dolor su capacidad para hacer las actividades rutinarias de la casa?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

18. Durante la semana pasada, ¿ha estado irritable?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

19. ¿Cuánto ha cambiado el dolor sus relaciones con los amigos?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

20. Durante la semana pasada, ¿cuán tenso o ansioso estuvo?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nada

Muchísimo

PARTE II

Nos interesa conocer cómo reacciona su cónyuge (o alguna persona importante para usted) cuando sabe que usted está sintiendo dolor. Debe rodear con un círculo un número para expresar la frecuencia con que su cónyuge (o alguna persona importante para usted) le responde la forma particular que se le indica, cuando usted está sintiendo dolor. Por favor conteste todas las preguntas.

1. Me ignora.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

2. Me pregunta que puede hacer para ayudarme.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

3. Me lee algo.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

4. Se enfada conmigo.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

5. Hace tareas que me corresponden.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

6. Me habla sobre algo para que no piense en el dolor.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

7. Manifiesta frustración.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

8. Intenta que descanse

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

9. Intenta que haga alguna actividad

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

10. Se enfurece conmigo.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

11. Me da algún medicamento para el dolor.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

12. Me anima para que practique algún hobby.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

13. Me da algo para comer o beber.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

14. Enciende la televisión para que me distraiga.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Muy a menudo

PARTE III

A continuación encontrará una lista de 18 actividades cotidianas. Por favor, indique la frecuencia con que usted hace cada una de esas actividades, rodeando con un círculo un número de la escala que hay debajo de cada actividad. Por favor, conteste todas las preguntas.

1. Lavar platos.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

2. Cuidar del jardín.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

3. Salir a comer o dar un paseo.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

4. Jugar a las cartas u otros juegos.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

5. Ir a comprar comida.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

6. Arreglar las plantas.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

7. Ir al cine.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

8. Visitar a los amigos

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

9. Ayudar en la limpieza de la casa.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

10. Hacer pequeñas reparaciones en el carro.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

11. Dar una vuelta en el carro.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

12. Visitar a los familiares.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

13. Preparar una comida.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

14. Lavar el carro.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

15. Hacer una excursión.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

16. Ir al parque o la playa.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

17. Poner la lavadora.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

18. Hacer pequeñas reparaciones de la casa.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo