

Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia

Associated factors to pain in women with fibromyalgia

Silvia León-Vega¹ y Jaime Arias-Congrains²

RESUMEN

Objetivo. Ponderar las variables psicopatológicas asociadas al dolor en la fibromialgia (FM).

Material y Métodos. A 100 pacientes mujeres con FM se les aplicó las pruebas de escala visual análoga para evaluar la intensidad del dolor, el cuestionario de calidad de vida, el cuestionario de ansiedad rasgo y la escala de satisfacción de la vida y se indagó sobre experiencias adversas de crianza.

Resultados. Se encontró que las pacientes con FM tienen mayores niveles de dolor, ansiedad, depresión y afectos negativos y menores de calidad de vida, satisfacción por la vida y afectos positivos. Las pruebas asociadas funcionalmente a estructuras cerebrales se correlacionaron análogamente entre ellas. En el análisis factorial como de correspondencia, las variables de valencia negativa: dolor, ansiedad estado-rasgo, depresión, afectos negativos y maltrato psicológico fueron de signo contrario a las de valencia positiva: función social y salud mental.

Conclusión. Las pacientes con FM padecen de un dolor crónico severo donde el maltrato psicológico fue el fondo sobre el cual se proyectó la enfermedad.

Palabras claves. Fibromialgia, dolor, psicopatología, calidad de vida, maltrato psicológico.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the psychopathological variables associated with pain in patients with fibromyalgia (FM).

Material and Methods. A hundred female patients were submitted to the visual analog scale test to assess pain intensity, the quality of life questionnaire, the trait anxiety questionnaire and scale of life satisfaction and adverse parenting experiences were also investigated.

Results. The FM patients had higher levels of pain, anxiety, depression and negative affect and lower quality of life, life satisfaction and positive affect. The functional tests associated to brain structures correlated between them. Factor and

correspondence analysis showed that negative valence variables: pain, state-trait anxiety, depression, negative affect and psycho-logical abuse were of opposite sign to the positive valence: social function and mental health.

Conclusion. FM patients suffer from severe chronic pain where the psychological abuse was the background on which it projected the disease.

Key words. Fibromyalgia, pain, psychopathology, quality of life, psychological abuse.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome caracterizado por dolor músculo-esquelético generalizado, presencia de puntos dolorosos, bajo umbral doloroso, alteraciones del sueño, ansiedad, depresión, fatiga crónica y otras alteraciones emocionales.¹

1. Psicóloga. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

2. Médico psiquiatra. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

La FM afecta a todas las razas y a ambos sexos, con predominio en las mujeres (75%) en el rango de 45 a 50 años.²

Se han asociado al dolor en la FM:

1. Ansiedad y depresión²⁻⁷ pero no se sabe bien si son una causa o un efecto de ellas.⁷
2. Género: las mujeres tienen más sensibilidad al dolor que los hombres.²
3. Eventos traumáticos en la infancia: mayor frecuencia de maltrato físico, psicológico y abuso sexual.^{2,4-9}
4. Calidad de vida negativa¹⁰⁻¹² e insatisfacción vital.¹³
5. Modos de afrontamiento al estrés que acentúan o atenúan el dolor.¹⁴

El objetivo fue ponderar el efecto que algunos factores psicopatológicos tienen sobre el dolor, así como el que tendrían algunas experiencias adversas de crianza. Al ser numerosas las estructuras del sistema nervioso que participan en la percepción del dolor,¹⁵ se usaron algunas pruebas psicológicas correlacionadas con estructuras cerebrales, para confirmar si sus correlaciones son análogas a las que existen entre ellas.

Se espera que los hallazgos obtenidos permitan enfocar mejor los objetivos en la terapia del dolor en las pacientes con FM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cien mujeres mayores de 14 años, con FM y dolor ≥ 3 meses de duración, atendidas en los años 2011 y 2012, en el Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima fueron evaluadas con:

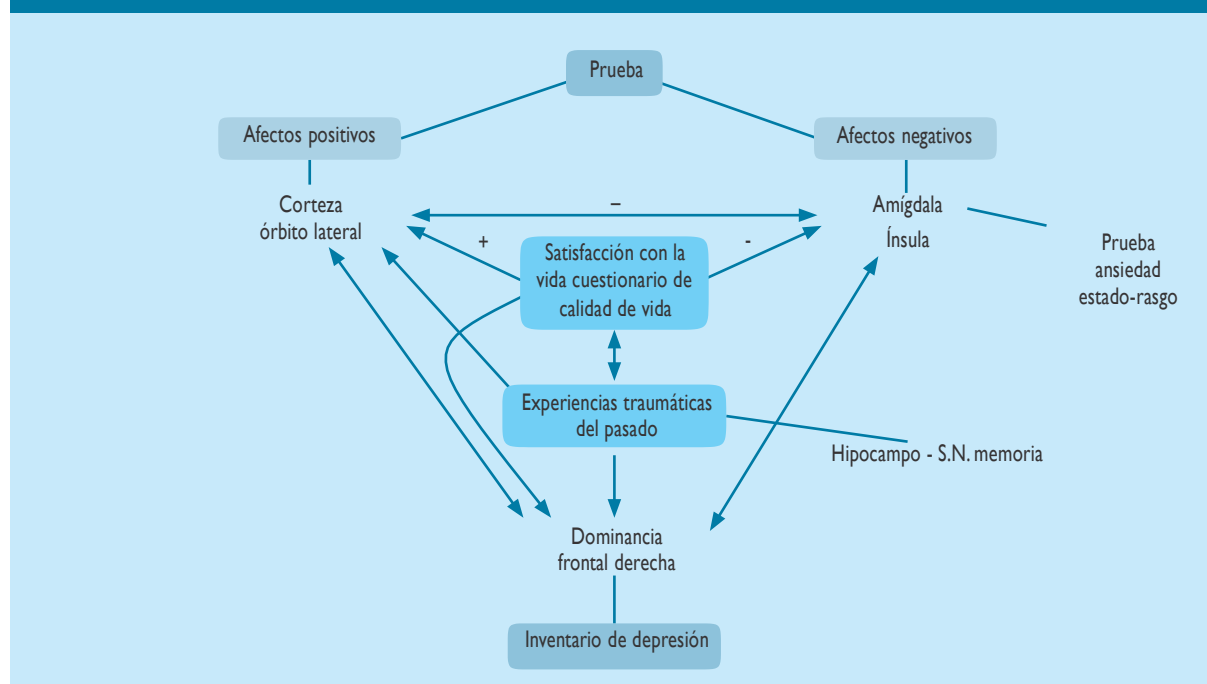
Pruebas de valencia negativa (PV+) (mayor puntuación-mayor dolencia): la escala visual análoga de evaluación del dolor (EVA);¹⁶ el cuestionario STAI^{17,18} de Ansiedad rasgo (AR) y ansiedad-estado (AE), correlacionado con el metabolismo de la amígdala y la ínsula;¹⁹ el inventario de depresión de Beck (IDB),^(20,21) correlacionado con la dominancia frontal derecha;²² la escala de afectos positivos y negativos (PANAS),^{23,24} donde los afectos positivos (AP) y afectos negativos (AN) se correlacionan, respectivamente, con el metabolismo de la corteza orbitolateral del lóbulo frontal²⁵ y con la amígdala,²⁶ sustrato funcional del miedo, la agresión y la memoria emocional.²⁷

Pruebas de valencia positiva (PV-) (mayor puntuación-menor dolencia): el cuestionario de calidad de vida (SF-36)²⁸ y la escala de satisfacción con la vida (SWL).^{29,30}

Se aplicó además un cuestionario breve de datos demográficos y antecedentes de maltrato.

La Figura 1 muestra las correlaciones de las pruebas aplicadas asociadas a estructuras cerebrales.

Figura 1. Correlación entre los tests y las estructuras anatómicas cerebrales.





Se usó el programa SPSS15.³¹ Se estimó las estadísticas descriptivas, bivariadas, correlacionales y multivariadas. La significación de una probabilidad debida al azar fue $\leq 0,05$. En la contraste de medias, si los coeficientes de asimetría estaban dentro del rango de +1 a -1, se usó la t de Student y la prueba U de Mann-Whitney cuando no fue el caso. En el análisis factorial se empleó el método de no rotación, un solo factor y un índice de KMO $\geq 0,5$.³¹

RESULTADOS

Los pacientes con FM estudiados tuvieron una edad media de 46,6 años (DE $\pm 14,4$ años, rango: 14-78 años). En escolaridad: primaria completa o incompleta, 18%; secundaria completa o incompleta, 50% y técnica o superior, 32%. En ocupación: ama de casa, 50%; estudiante, 12% y otros, 38%.

De las 100 pacientes con FM, 81 refirieron maltrato psicológico; 74, maltrato físico y 39, abuso sexual. Aquellas con maltrato psicológico también refirieron maltrato físico y 37 de ellas, abuso sexual. De las que tuvieron maltrato físico, 35 refirieron abuso sexual; y, de estas últimas, solo dos pacientes negaron otro maltrato.

En la EVA, la media fue 7,7 (DE $\pm 1,86$). En 78 pacientes el dolor fue severo, en 20 pacientes fue moderado y en dos pacientes fue leve.

Tabla 2. Correlaciones del dolor con las pruebas.

Pruebas	Dolor	
	r	p
• Ansiedad estado	0,35	< 0,001
• Ansiedad rasgo	0,21	0,04
• Afectos negativos	0,26	0,008
• Depresión	0,32	0,001
• Salud general	-0,24	0,01
• Función social	-0,28	0,005
• Salud mental	-0,33	0,001
• Vitalidad	-0,33	0,001
• Función física	-0,38	< 0,001

Las puntuaciones desfavorables fueron: 60% en la de AP, 66% en la de AN, 56% en la AE, 67% en la AR, 79% en la IDB, 70% en la de SWL y en la SF-36 fluctuaron entre 16% y 95%.

En la Tabla 1 se comparan los resultados obtenidos por las pacientes con fibromialgia con los de otros resultados obtenidos para grupos de población sin fibromialgia.

Tabla 1. Comparación de los resultados obtenidos por las PFM con una población sin fibromialgia.

Prueba aplicada	Con fibromialgia			Sin fibromialgia		
	Promedio	DE	Coefficiente asimetría	Promedio	DE	p
• Función física	51,85	20,5	-,238	75,8 (28)	25	< 0,001
• Rol físico	16,00	30,8	1,902	58,4 (28)	39,7	< 0,001*
• Dolor corporal	39,80	16,3	-0,677	69,5 (28)	25,1	< 0,001
• Salud general	26,86	15,4	0,564	59,5 (28)	22,8	< 0,001
• Vitalidad	37,20	17,9	0,294	56,2 (28)	19,2	< 0,001
• Función social	46,88	23,6	0,004	83,5 (28)	24,7	< 0,001
• Rol emocional	40,662	39,8	0,435	72,4 (28)	39,1	< 0,001
• Salud mental	46,80	18,6	0,120	74,4 (28)	19,5	< 0,001
• Ansiedad estado	30,55	9,7	0,015	15 (6)	6,1	< 0,001
• Ansiedad rasgo	33,67	9,9	-0,202	15,9 (6)	4,2	< 0,001
• Depresión	18,08	8,8	0,357	8,27 (6)	4,8	< 0,001
• Afectos positivos	27,57	6,1	-0,075	30,3 (24)	6,4	0,002
• Afectos negativos	26,68	8,14	0,355	22,7 (24)	6,8	< 0,001
• Satisfacción vida	17,04	5,9	0,445	19,5 (30)	3,3	< 0,001

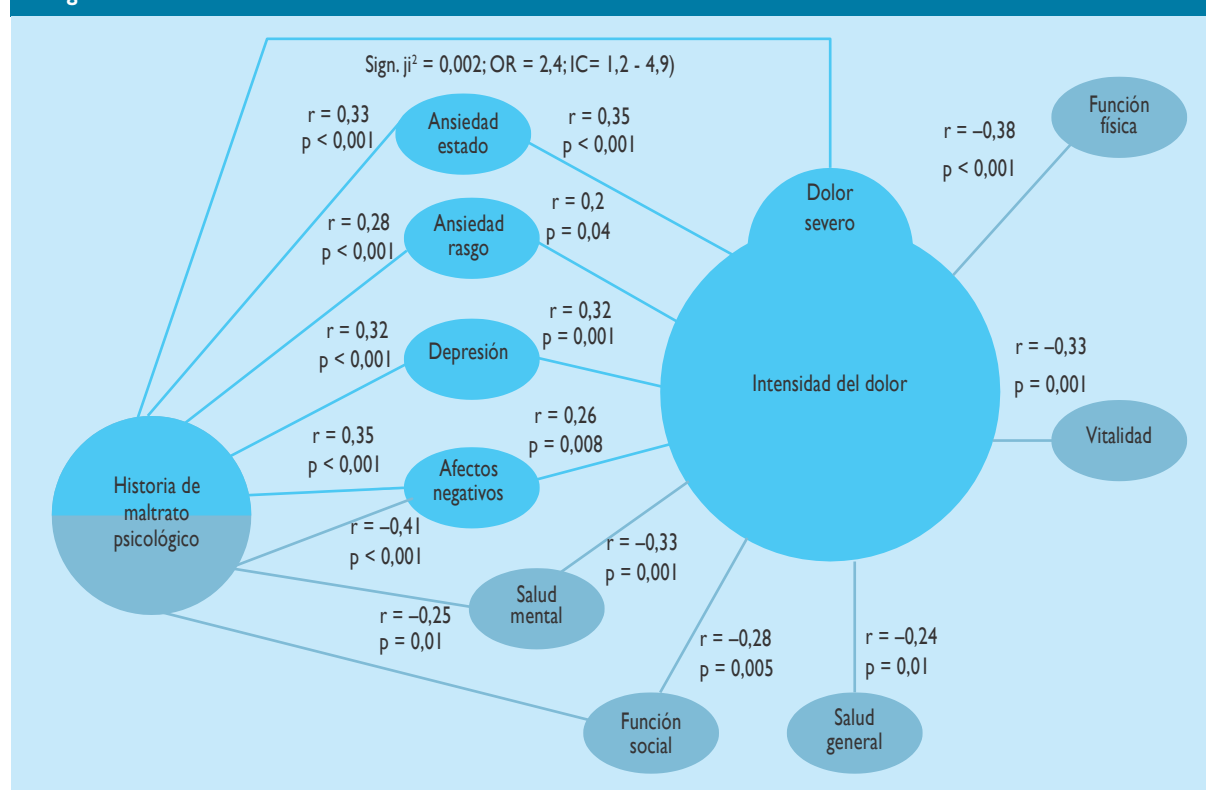
* Prueba U-de Mann-Whitney

Tabla 3. Correlaciones entre las pruebas asociadas al dolor y experiencias de crianza

Pruebas	Maltrato psicológico (n = 81)		Maltrato físico (n = 74)		Abuso sexual (n = 39)	
	r	p	r	p	r	p
• Valencia positiva						
– Función social	-0,25	0,01	-0,33	< 0,001	-0,22	0,02
– Salud mental	-0,41	< 0,001	-0,41	< 0,001	-0,23	0,02
– Vitalidad			-0,26	0,009		
• Valencia negativa						
– Ansiedad estado	0,33	< 0,001	0,36	< 0,001	0,34	< 0,001
– Ansiedad rasgo	0,28	0,001	0,34	< 0,001	0,28	0,001
– Depresión	0,32	0,001	0,41	< 0,001	0,25	0,01
– Afectos negativos	0,35	< 0,001	0,36	< 0,001	0,26	0,01

En la Tabla 2 se aprecian las correlaciones significativas entre el dolor y las pruebas aplicadas, como ansiedad, afectos negativos, depresión, salud general, función social, salud mental, vitalidad y función física.

El dolor tuvo una correlación positiva con las PV- y negativa con las PV+. La Tabla 3 muestra las correlaciones de las pruebas asociadas al dolor con las experiencias de maltrato psicológico, físico y de abuso sexual durante la crianza de

Figura 2. Correlaciones entre los factores asociados al dolor.

**Tabla 4.** Correlaciones entre las pruebas aplicadas.

	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Depresión	Afectos negativos	Afectos positivos	Función social	Salud mental	Vitalidad	Función física
• Afectos negativos	0,64*	0,69*	0,56*		-0,36*	-0,43*	-0,51*	-0,35*	-0,28**
• Ansiedad estado					-0,4*	-0,49*	-0,61*	-0,45*	-0,45*
• Ansiedad rasgo	0,72*				-0,4*	-0,52*	-0,63*	-0,49*	-0,29**
• Depresión	0,57*				-0,38*	-0,59*	-0,63*	-0,47*	-0,44*
• Salud mental					0,28**	0,63*		0,62*	0,44*
• Vitalidad					0,3**				0,47*
• Satisfacción	-0,37*	-0,51*	-0,46*	-0,46*	0,34*	0,46*	0,47*	0,39*	0,37*
• Función social					0,22**				
• Función física					0,29**				
• Salud general					0,34*				

Leyenda: * $p = 0,001$ ** $p < 0,001$

las pacientes. Las correlaciones fueron similares, positiva con las PV- y negativa con las PV+.

Las correlaciones de las Tablas 2 y 3 son esquematizadas en la Figura 2.

Se ha destacado solo el factor de maltrato psicológico por su peso muestral. Incluimos la asociación entre la proporción de PFM con experiencias de maltrato psicológico y el dolor severo ($EVA \geq 7$) debido a nuestro interés en ahondar en esta asociación.

Al funcionar la psiquis de forma holística, las correlaciones entre las pruebas aplicadas se aprecian en la Tabla 4.

El factor que se extrajo mediante el análisis factorial incluyó las puntuaciones estandarizadas de la EVA

y algunas de las pruebas correlacionadas al dolor. Se puede apreciar en la Tabla 5.

La polaridad de las pruebas respecto al dolor fueron iguales a las de sus correlaciones y los pesos factoriales fueron semejantes (rango: 0,1-0,19), lo que documenta una influencia similar sobre el dolor.

La Figura 3, muestra el análisis de correspondencia de los factores con mayor peso en la inercia de cada dimensión. Además de visualizar espacialmente a las pruebas y su valencia, nos grafica a cada paciente según su mayor o menor cercanía al dolor, brindándonos pautas de intervención de forma que las más cercanas a la EVA ameritan una mayor atención terapéutica.

DISCUSIÓN

La edad promedio fue similar a la de la literatura,¹ así como su educación y ocupación.^{6,32}

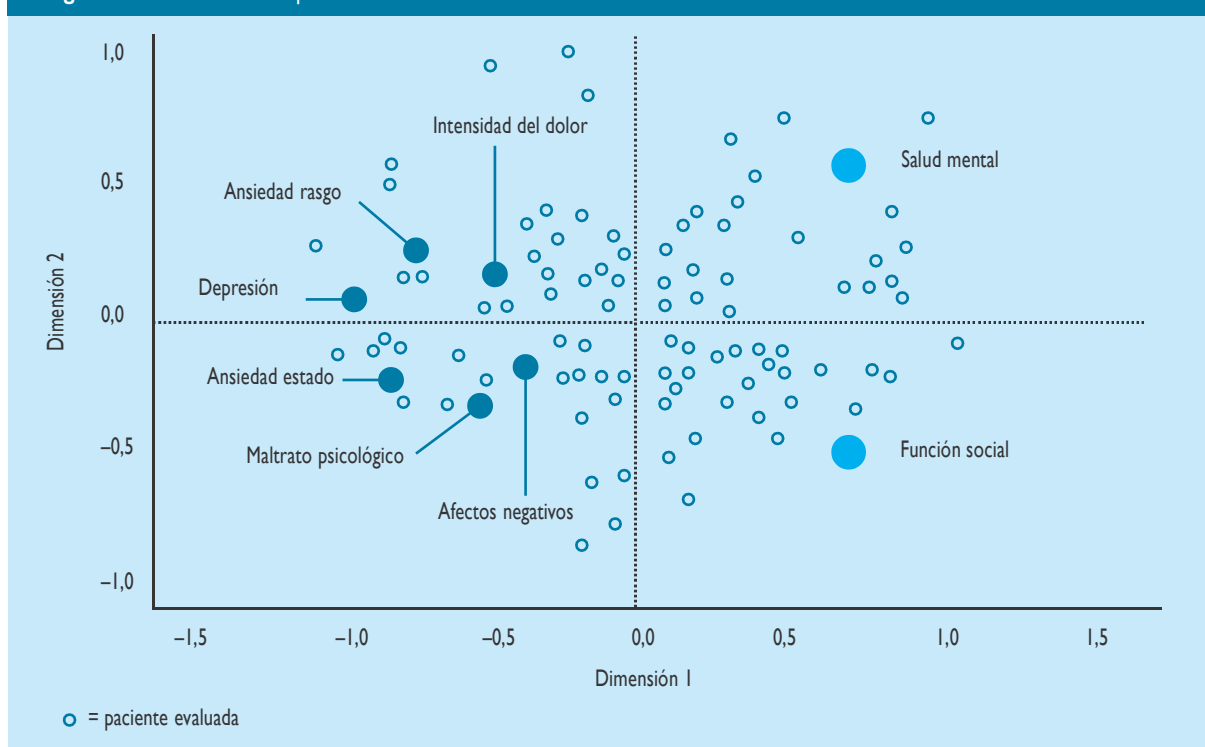
El alto nivel de maltrato psicológico durante la infancia de las pacientes con FM coincide con lo publicado.^{2,6,8,9} Aunque hay reportes de experiencias de abuso sexual hasta en 57%,⁸ nuestra proporción no fue tan alta (39%) y existen amplias revisiones metaanalíticas^{37,38} que documentan la no existencia de asociación entre el abuso sexual y la FM.

Las correlaciones de las experiencias de maltrato^{2,6,8,9} y de las pruebas aplicadas con el dolor confirman las investigaciones realizadas con pacientes con FM. El maltrato psicológico sería un factor asociado a la FM.

Tabla 5. Análisis factorial de los factores asociados al dolor

Factor	Factor I
• Afectos negativos	0,180
• Ansiedad estado	0,192
• Ansiedad rasgo	0,193
• Depresión	0,187
• Historia maltrato psicológico	0,114
• Intensidad del dolor	0,103
• Salud mental	-0,192
• Función social	-0,170

Índice KMO = 0,99

Figura 3. Análisis de correspondencia de los factores asociados al dolor

Las limitaciones por el sesgo muestral privan a este hallazgo de más solidez, pero en nuestra experiencia y en la literatura se ha documentado los beneficios de la psicoterapia como una estrategia adicional al tratamiento.

Las correlaciones del dolor con los factores hallados, han sido documentadas en otras publicaciones: ansiedad,^{6,32-35} depresión,^{6,32,33,36} afectos negativos,¹³ satisfacción de vida¹³ y calidad de vida.¹⁰⁻¹²

En las dimensiones de la SF-36 relevantes, nuestros promedios en salud mental y en función social fueron similares a la de los trabajos citados,¹⁰⁻¹² con la excepción de la dimensión de salud mental que fue menor a la reportada por Donaldson y col.,¹¹ explicable, tal vez, por el hecho de que su muestra fue pequeña ($n = 20$) o a que no todos sus pacientes padecían de FM.

La confirmación de las correlaciones de las pruebas aplicadas con el dolor propicia el uso de instrumentos correlacionados con estructuras cerebrales, por poseer el dolor sustrato en muchas de ellas. Las investigaciones que al igual que nosotros han correlacionado fuertemente las mediciones de la ansiedad con la depresión, coinciden con las correlaciones neurobiológicas entre la amígdala y el lóbulo frontal derecho.²²

Los resultados del presente estudio explican la mejoría de las pacientes con FM cuando se trata la psicopatología asociada, con mejoría de la calidad de vida y de la satisfacción vital. La merma de función social de estas pacientes documenta la información sobre el retraimiento social que padecen por su dolencia.²⁻⁵

Al graficar las correlaciones dentro de las pruebas y ver las numerosas interrelaciones simultáneas puede ser que ellas no sean de una acción directa sino debida a una correlación parcial, mediadas por otras con las que también se correlacionan. Esto es posible pero la elevada significación estadística de nuestras correlaciones avala también la asociación directa.

Sustentamos la eficacia de la psicoterapia en las pacientes con FM al atenuar los efectos que el maltrato psicológico tiene en sus vidas presentes. Se han venido aplicando terapias psicológicas de diversos enfoques: positivas, cognitivas-conductuales y terapias de grupo con resultados favorables. Para el psicoanálisis, el dolor en las pacientes con FM sería producto de la represión de un impulso agresivo en su etapa más exterior –se bloquea la expresión muscular–, lo que genera un conflicto interno entre el impulso inconciente y su desaprobación



conciente,³⁹ dinámica por cual las técnicas psicoanalíticas de confrontación, esclarecimiento y catarsis aliviarían la dolencia.³⁹

Los resultados del análisis de correspondencia de los factores asociados al dolor no han podido ser contrastados hasta que fue posible indagar en la literatura. Sin embargo, en investigaciones publicadas,^{40,41} el análisis de correspondencia mostró las asociaciones entre experiencias vitales y algunos factores psicológicos, con correlación entre sí de forma análoga a como lo hacen las funciones cerebrales con las cuales están asociados.

Las limitaciones de nuestra investigación están dadas por el tamaño muestral, el que no haya sido de un diseño caso-control, que no se recabara información adicional sobre la dinámica familiar y, finalmente, el no haber registrado algunas variables clínicas de interés tales como tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tiempo de dolencia, etc.

En conclusión, las pacientes con FM padecen de un dolor crónico severo y, según nuestros hallazgos, el maltrato psicológico fue el fondo sobre el cual se proyectó la enfermedad, donde la concurrencia de trastornos emocionales que implican una calidad de vida adversa e insatisfecha justifica una terapia multidisciplinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Williams D, Schilling S. Advances in the assessment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009;35(2):339-357.
- Vidal L, Reyes G. Fibromialgia una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Rev Cub Reumatol*. 2006;7(9-10):8-22.
- Rotes-Querol J. La fibromialgia en el año 2002. *Rev Esp Reumatol*. 2003;30:145-149.
- Mulero J. Fibromialgia. *Med*. 1997;58(7):2682-2687.
- Knipping A, Birnie DJ, van Rijswijk MH, de Blécourt JN, de Voogd N. Psychological aspects of fibromyalgia compared with chronic and nonchronic pain. *J Rheumatol*. 1991;18:1845-1848.
- Torres L, Troncoso E, Sandra, Castillo R. Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Rev Latinoam Psicol*. 2006;38(2):285-298.
- Hudson J, Hudson M, Pliner L, Goldenberg D, Pope H. Fibromyalgia and Major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry*. 1985;42:441-446.
- Alexander R, Bradley L, Alarcón G, Triana-Alexander M, Aaron L, Alberts K et al. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Research*. 1998;11:102-115.
- Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Eur J Pain*. 2003;7(2):113-119.
- Rojas A, Zapata A, Anaya J, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev Col Reum*. 2005;12(4):295-300.
- Donaldson S, Speight N, Loomis S. Fibromyalgia syndrome improved using a mostly raw vegetarian diet: An observational study. *Complement Alternat Med*. 2001;1:7.
- Estrada N, Munguía D, Legaz A, Serrano E. Influencia de un programa de actividad física en la calidad de vida de sujetos diagnosticados de fibromialgia. 2003. URL disponible en: <http://www1.unex.es/eweb/cienciadeporte/congreso/04%20val/pdf/C124.pdf> (Fecha de consulta: 10-04-2012).
- Carbonell-Baeza A, Ruiz JR, Aparicio VA, et al. Land- and water-based exercise intervention in women with fibromyalgia: the al-Andalus physical activity randomized control trial. *BMC Musculoskel Disord*. 2012;13:18.
- Van Houdenhove B, Egle U. Fibromyalgia: a stress disorder? *Psychother Psychosom*. 2004;73:267-275.
- Ceko M, Bushnell M, Gracely R. Neurobiología subyacente síntomas de la fibromialgia. *Pain Res Treat*. 2012;ID585419:8.
- URL disponible en: <http://www.fibrodiario.com/2010/12/escalas-de-dolor.html> (Fecha de consulta: 16-04-2012).
- Seisdedos, N. (1990). STAIC, Cuestionario de autoevaluación. Madrid. TEA Ediciones S.A.
- Ugarriza N. Neuroticismo, expresiones emocionales y percepción de la violencia en escolares. *Rev Fac Psicol*. 1999;2(7):9-110.
- Murray S, Simmons A, Einstein A, Paulus M. Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *Am J Psychiatry*. 2007;164:318-327.
- Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización de las escalas de Beck Hamilton y Zung para la depresión en Lima Metropolitana. Lima. Inst Nac Sal Ment Honorio Delgado-Hideoy Noguchi; 1985.
- Iwashita NA. Aproximaciones Psicosociales de la Enfermedad de Tuberculosis pulmonar en el Cono norte de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura, Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.
- Pizzagalli D, Nitschke JB, Oakes TR. Brain electrical tomography in depression: the importance of symptom severity, anxiety, and melancholic features. *Biolog Psychiat*. 2002;52(2):73-8.
- Watson D, Clark LA, Tellegan A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS Scales. *J Pers Social Psychol*. 1988;54:1063-1070.
- Sandín B, Chorot P, Lostao L, Joiner T, Santed M, Valiente R. Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*. 1999;11(1):37-51.
- Killgore W, Yurgelun-Todd D. Affect modulates appetite-related brain activity to images of food. *Int J Eat Disord*. 2006;39:357-363.
- Abercrombie HC, Schaefer SM, Larson CL, Oakes TR, Lindgren KA, Holden JE, et al. Metabolic rate in the right amygdala predicts negative affect in depressed patients. *NeuroReport*. 1998;9:3301-3307.
- LeDoux J. El cerebro emocional. Barcelona: Ariel-Planeta, 1999.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*. 1995;104:771-776.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Person Assessment*. 1985;49(1):71-75.
- Cabañero MJ, Richart M, Cabrero J, Orts MI, Reig A, Tosal B. Localización fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas. *Psicothema*. 2004;16:448-455.
- Norusis JM. SPSS/PC for IBM and IBM compatible computers. SPSSUS 1999.
- Soucase B, Monsalve V, Soriano J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dol*. 2004;11:353-359.
- Vallejo M, Rivera J, Esteve-Vives J. Development of a self-reporting tool to obtain a combined index of severity of fibromyalgia (ICAF). *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:2.
- Davis MC, Zautra AJ, Reich JW. Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Ann Behav Med*. 2001;23(3):215-226.
- Dailey P, Bishop G, Russell I, Fletcher E. Psychological stress and the fibrositis syndrome. *J Rheum*. 1990;7(10):1380-1385.
- Moreno V, Namuche F, Noriega A, Vidal M, et al. Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *Anal Fac Med*. 2010;71(1):23-7.
- Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenso KM et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(5):550-61.
- Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Arth Care & Res*. 2011;63(6):808-820.
- Alexander F. The scope of psychoanalysis: 1921-1961. En: *Selected papers of Franz Alexander*. New York: Basic Books, Inc., 1961.
- Arias J. Factores asociada a la inteligencia emocional. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Conferencia Anual de Investigadores (CADI). Memorias 2007. Lima: UPCH. 2007; p 47.
- Arias J. Evaluación integral de la personalidad. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Conferencia Anual de Investigadores (CADI). Memorias 2009-2010. Lima: UPCH. 2011; p 80-81.

Correspondencia a: Dra. Silvia León-Vega

silvialeon90@yahoo.es

Financiamiento: ninguno

Conflicto de intereses: ninguno, según los autores

