

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Doctorado en Psicología de la Salud



MUJER Y SALUD: CORRELATOS PSICOSOCIALES
DEL SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Lucía Andreu Soria

Dirigida por:

Dra. M^a José Báguena Puigcerver

Dra. M^a Ángeles Beleña Mateo

Dr. Francisco Javier Silvestre Donat

Valencia, 2016

DEDICADO:

A mis padres y a mi hermana
A mis abuelos
Y a Jaime

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar las gracias a mis Directores de Tesis:

A la Dra. María José Báguena por su implicación, por su ayuda, por su enorme capacidad de trabajo, por su infinita paciencia, por su compañerismo y sobre todo por el cariño con el que me ha tratado. Gracias de corazón por haberme acompañado a lo largo de este camino.

A la Dra. Ángela Beleña por brindarme la oportunidad de participar en este proyecto, por la confianza depositada en mí, por su constante apoyo y su gran amabilidad.

Al Servicio de Estomatología del Hospital Peset Alexandre de Valencia y, en especial, al Jefe del Servicio el Dr. Francisco Javier Silvestre Donat por su profesionalidad, por sus conocimientos médicos, por derivarme la muestra del presente trabajo y por facilitarme los medios para esta investigación.

A Wolfgang Gralke por su inestimable ayuda a nivel metodológico.

A todas las pacientes que han participado, por su colaboración, por su generosidad y paciencia.

Por último, pero no por ello menos importante, quiero dar las gracias a mi familia:

A mi madre por enseñarme de cerca el mundo de la psicología y compartirla día a día conmigo. Por ser ejemplo de lucha y superación. Sin ti esta tesis hubiera sido imposible. Gracias por creer en mí.

A mi padre y a mi hermana por su cariño y apoyo incondicional en todos los proyectos que emprendo.

A Jaime por su amor, por su optimismo, por haber sido mi soporte en los momentos difíciles y por compartir la lucha diaria conmigo.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I: Marco Teórico	3
1.1. El Síndrome de la Boca Ardiente	3
1.2. Etiopatogenia	5
1.2.1. Factores asociados al Síndrome de Boca Ardiente (SBA)	6
1.3. Tratamiento	8
1.4. Aspectos psicológicos tratados en la investigación	12
1.4.1. Dolor	12
1.4.1.1. Clasificación del dolor	13
1.4.1.2. El dolor en el Síndrome de la Boca Ardiente	17
1.4.1.3. La evaluación del dolor en el Síndrome de la Boca Ardiente	20
1.4.1.4. Estudios revisados	21
1.4.2. Acontecimientos Vitales Estresantes	23
1.4.3. Dimensiones emocionales de la personalidad (Extraversión y Neuroticismo)	27
1.4.4. Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento)	32
1.4.5. Apoyo social percibido	39
1.4.6. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	42
1.4.7. Síntomas psicológicos generales	47
1.4.8. Planteamiento de objetivos y predicciones del estudio	51
Capítulo II: Método	55
2.1. Diseño	55
2.2. Descripción de la muestra	55
2.3. Instrumentos de evaluación	58
2.3.1. The West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire (WHYMPI) de Kerns, Turk y Rudy (1985)	58
2.3.2. La Escala de Sucesos Vitales Estresantes (SVEAD) de Pelechano (1998)	60
2.3.3. Las escalas Extraversión y Neuroticismo del EPQ-R (Eysenck, Eysenck y Barrat, 1985)	60
2.3.4. Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)	62
2.3.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991)	63
2.3.6. Cuestionario de Salud SF-36 (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993)	64
2.3.7. Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) de Derogatis (1975)	66

2.4. Procedimiento seguido en la investigación	68
2.5. Análisis estadísticos	69
Capítulo III: Resultados	71
3.1. Características clínicas del Grupo Síndrome de Boca Ardiente	71
3.2. Análisis comparativos	78
3.2.1. Acontecimientos vitales estresantes y SBA	79
3.2.2. Dimensiones emocionales de la personalidad y SBA	89
3.2.3. Dimensiones cognitivas de la personalidad (afrentamiento) y SBA	90
3.2.4. Apoyo social percibido y SBA	93
3.2.5. Calidad de Vida y SBA	95
3.2.6. Síntomas psicológicos y SBA	99
3.2.7. Dolor en el SBA Tipo I y Tipo II	103
3.3. Análisis factoriales	104
3.4. Análisis discriminantes	111
3.5. La experiencia de dolor en el GSBA	119
3.5.1. Dolor y SBA	119
3.5.2. La experiencia de dolor y otras características psicosociales en las mujeres con SBA.	122
3.5.2.1. Dolor y Acontecimientos vitales estresantes	122
3.5.2.2. Dolor y Personalidad (Extraversión y Neuroticismo)	123
3.5.2.3. Dolor y Afrontamiento	125
3.5.2.4. Dolor y Apoyo social percibido	126
3.5.2.5. Dolor y Calidad de vida	127
3.5.2.6. Dolor y Síntomas psicológicos generales	130
3.5.3. El papel mediador de la experiencia de dolor, el afrontamiento y el apoyo social en las mujeres con SBA	133
3.5.3.1. Relaciones de mediación entre el volumen de acontecimientos vitales estresantes y la Salud física/mental	134
3.5.3.2. Relaciones de mediación entre Extraversión y Salud física/mental	136
3.5.3.3. Relaciones de mediación entre Neuroticismo y Salud física/mental	138
Capítulo IV: Discusión y Conclusiones	143
4.1. Discusión	143
4.1.1. Descripción del grupo de estudio	143
4.1.2. Diferencias entre los grupos (GC y GSBA) en relación a las variables estudiadas	144

4.1.3. Diferencias entre los subtipos de SBA (Tipo I y Tipo II) en relación al dolor, síntomas psicológicos y calidad de vida.	150
4.1.4. Características psicosociales del SBA	151
4.2. Conclusiones	158
4.2.1. Conclusiones específicas	158
4.2.2. Conclusión general	159
4.3. Limitaciones y sugerencias	161
Referencias bibliográficas	163
ANEXOS	187
ANEXO I: Cuestionarios	189
ANEXO II: Matrices de correlaciones del grupo Síndrome de Boca Ardiente (GSBA) y del Grupo de Control (GC) con el resto de variables psicológicas	243
ANEXO III: Análisis de mediación (tablas)	265

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enmarca dentro de aquel conjunto de investigaciones que se plantean el tema de la mujer y la salud desde un enfoque “relativamente simple”, i.e., aquellas condiciones físicas (enfermedades crónicas) que afectan de modo considerablemente significativo en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Existen varias enfermedades crónicas que reúnen estas características, i.e., la Artritis Reumatoide, la Fibromialgia, el Síndrome de Fatiga Crónica y determinados tipos de cánceres. Frente a la mayor o menor gravedad para la vida que se asocia con las enfermedades mencionadas, todas ellas poseen unas consecuencias psicosociales (sino antecedentes psicosociales) que las hacen acreedoras de interés psicológico. Concretamente esta investigación se dirige al estudio de una de estas condiciones crónicas: una patología no grave (el Síndrome de Boca Ardiente) que afecta principalmente a las mujeres. Comparte con otras patologías físicas tradicionalmente ligadas al sexo femenino el hecho de que su etiopatogenia es poco conocida y eso hace precisamente más interesante su estudio desde el punto de vista psicológico.

Pero qué es el Síndrome de la Boca Ardiente (SBA). El SBA se caracteriza por una sensación de ardor, quemazón o escozor en la cavidad oral, sobre todo en la lengua y en los labios. La distribución de la sensación de ardor es casi siempre bilateral, en ausencia de lesión física evidente. Muchos pacientes se quejan de que la sensación de quemazón afecta a más de un área. En las últimas décadas, numerosas investigaciones han intentado aportar información alrededor de este síndrome. La mayor parte de los estudios han ido dirigidos a determinar los factores implicados en su etiología. Hasta el momento, los resultados evidencian contradicciones con respecto a su etiopatogenia y no se ha establecido una relación causa-efecto entre los diversos factores de riesgo (locales, sistémicos, neurológicos y psicológicos) y la aparición del síndrome.

Donde parece existir mayor controversia es en el discernimiento de los factores psicológicos, ya que no está claro si estos son predisponentes, precipitantes o incluso mantenedores del síndrome.

A partir de aquí, nuestro objetivo general con este trabajo de investigación se centra en analizar cómo diversas variables psicológicas, se encuentran implicadas o pueden modular la vulnerabilidad a padecer el síndrome o el mantenimiento del mismo. Las áreas psicológicas exploradas han sido las siguientes: la percepción del dolor

crónico experimentado, el historial de acontecimientos vitales y su impacto, las características temperamentales y cognitivas de la personalidad, el apoyo social percibido, la calidad de vida relacionada con la salud y la sintomatología psicopatológica que puedan presentar las pacientes con SBA.

El orden que seguiremos en nuestra exposición será el siguiente. En la primera parte de este trabajo, se realiza una revisión de las características médicas ligadas al Síndrome de la Boca Ardiente (SBA), profundizando en sus orígenes, características clínicas, así como en la etiopatogenia y el tratamiento. Se realizará una revisión bibliográfica de aquellos artículos de investigación que tengan una aproximación más directa con el presente trabajo. Analizaremos aquellas dimensiones psicológicas que puedan predisponer, precipitar e incluso mantener el SBA, mostrando la posible relación existente. Al final de esta primera parte, también, se describirán los principales objetivos y predicciones abordados en la presente investigación.

En la segunda parte, se describirá la muestra con la que hemos trabajado, los protocolos utilizados, el procedimiento seguido en la investigación, así como los análisis estadísticos que se han realizado.

En la tercera parte, se mostrarán los principales resultados obtenidos para, finalmente, exponer las conclusiones más importantes.

CAPÍTULO I

1.1. El Síndrome de la Boca Ardiente

El Síndrome de la Boca Ardiente (SBA) o estomatodinia es un proceso crónico y complejo que afecta especialmente a mujeres de edad media o avanzada. Se caracteriza por una sensación de ardor, escozor u otras disestesias orales, como sensación de arenilla o de una mucosidad molesta sobre la mucosa oral; sin embargo, no se observan en la exploración clínica lesiones anormales ni se acompaña de alteraciones de laboratorio (Silvestre y cols., 2015). Normalmente, esta sensación se refiere a la lengua (punta y bordes), labios y mucosas yugales. En menor medida están afectados el paladar y otras localizaciones en la cavidad oral, aunque en ocasiones describen un dolor generalizado por toda la boca.

El examen objetivo de la cavidad oral no presenta anomalías particulares, como signos de inflamación o de atrofia de la mucosa, siendo esta ausencia, condición necesaria para establecer el diagnóstico del SBA.

El Síndrome de Boca Ardiente es una patología compleja que se caracteriza no sólo por la manifestación de síntomas de quemazón, escozor, ardor, picor o dolor en la cavidad bucal y labios, sino que, también, suele acompañarse de otras alteraciones sensoriales como cambios en el sentido del gusto, percibiendo sabores amargos, salados o metálicos, y alteraciones somatosensoriales, como sensación de aspereza o de boca seca.

En sí misma, no constituye una entidad nosológica definida y es referida bajo muchas denominaciones, como glosodinia, glosopirosis, estomatodinia, estomatopirosis, disestesia oral y Síndrome de Boca Ardiente (Cerchiari y cols., 2006; López y cols., 2010).

Según Silvestre (1996), el término glosodinia fue introducido por Kaposi en 1885 como un término genérico para definir cualquier dolor lingual. Posteriormente, Verneuil (1885) distinguió la sensación de quemazón y ardor bucal de otros dolores linguales.

Ya en el siglo XX, en la década de los 80, se enfatizó la ausencia de signos clínicos como una característica propia de la alteración, y se introdujo el término “Síndrome de la Boca Ardiente” para definir una entidad clínica distinta, en la que la principal característica es un trastorno sensitivo-doloroso de la cavidad oral, que se

manifiesta sobre todo por quemazón o ardor, en presencia de una mucosa oral clínicamente normal.

Basker y cols., (1978) categorizan el SBA según su graduación en suave, moderado y severo. El moderado es el más frecuente, seguido del severo y de las formas suaves.

La sintomatología puede presentarse de forma intermitente, pudiendo variar incluso a lo largo del día. Por ello, Lamey y Lewis (1989, citado por Ortiz, 2015) sugieren una clasificación según el ritmo de los síntomas y su naturaleza. Proponen clasificar el SBA en tres tipos: I, II y III (citado por Ortiz, 2015):

Tipo I: Incluiría aquellos pacientes que despiertan asintomáticos o con una sintomatología mínima, y que a lo largo del día van empeorando llegando esta sintomatología a su grado máximo durante las últimas horas de la tarde y primeras de la noche. No se relaciona con factores psicológicos, parece estar más inclinado o asociado a desórdenes sistémicos tales como déficits nutricionales y estados carenciales

Tipo II: Pacientes que presentan molestias importantes desde que despiertan que persisten durante toda la jornada. Se relacionan con ansiedad crónica.

Tipo III: Pacientes cuya sintomatología es intermitente a lo largo del día, incluso con días libres, de modo que las molestias aparecen en días alternos. Estaría relacionado con determinados problemas psicopatológicos y con causas de tipo alérgico. Afecta generalmente a localizaciones inusuales como mucosa yugal, suelo de boca y garganta.

Scala y cols. (2003) propusieron que el SBA podía clasificarse en dos formas clínicas: “SBA primario o SBA esencial/idiopático”, para el que no existen factores locales o sistémicos identificados como originarios y es posible que su causa sea neuropatológica; y el “SBA secundario”, que puede ser una variante en la que la clínica sea el resultado de condiciones patológicas locales o sistémicas y cuyo tratamiento puede conducir a la mejoría. Una variedad de condiciones están asociadas con el “SBA secundario”, dentro de las que se incluyen enfermedades o infecciones a nivel de la mucosa oral (por ejemplo: Liquen Plano Oral, Candidiasis), alteraciones hormonales, estrés, déficits nutricionales, diabetes, boca seca, alergia de contacto, galvanismo, hábitos parafuncionales, daños a nivel de nervios craneales y efectos de la medicación entre otros (Chimenos y Marques, 2002; Grushka y cols., 2002; Tarkkila y cols., 2001; Triantos y Kanakis, 2004).

Frecuentemente, los pacientes con este síndrome, refieren que, además de sensación de ardor, sienten otras molestias como alteraciones del gusto y sequedad de

boca (xerostomia). Sin embargo, en algunos pacientes no se ha revelado una disminución de la secreción salivar pero sí una composición diferente de la saliva.

El SBA es una molestia de tipo endógeno que se diferencia de otras enfermedades caracterizadas por ardor de la cavidad oral, pero que han sido asociadas a signos de mucositis u otras alteraciones de la mucosa oral (Van Amerongen, 1998). Por el contrario, la definición del SBA tiene que ser restringida a los casos donde no es posible evidenciar a nivel macroscópico, signos de patología de la mucosa oral, de causa exógena (infecciosa, alérgica, química o mecánica).

La incidencia es de entre el 0,7 y el 4,5%. Otros datos parecidos nos hablan de una incidencia de entre el 1,5 y el 5,5% en Estados Unidos, en particular más de un millón y medio de personas estarían afectadas por esta patología (Renton, 2011). El SBA afecta mayoritariamente a mujeres con proporciones de 7:1 hasta 10:1 frente a varones, según diferentes estudios (Chimenos y Marques, 2002; Renton, 2011; Ros, Chimenos, López, Rodríguez, 2008). Las pacientes suelen ser postmenopáusicas entre los cincuenta y los setenta años (Silvestre y cols., 2015; Silvestre y cols., 2012 y Cerchiari y cols., 2006). La mayoría de las pacientes lo manifiestan entre los 3 y los 12 años después de pasar la menopausia y su prevalencia en mujeres postmenopáusicas es de entre el 18% y el 33% (Dahiya y cols., 2013; Gurvits y Tan, 2013, y Vaida, 2012.).

El diagnóstico diferencial entre SBA y otras patologías hay que establecerlo sobre la base del examen clínico de la mucosa. El examen microbiológico de la mucosa puede, siempre, contribuir a la identificación de infecciones fúngicas o bacterianas responsables de la sintomatología ardiente.

1.2. Etiopatogenia

La causa del Síndrome de Boca Ardiente es desconocida. Sin embargo, se ha identificado una compleja asociación de factores biológicos y psicológicos que hace suponer una etiología multifactorial (Chimenos, Arcos y Marques, 2013). Todavía se desconocen los mecanismos responsables de las sensaciones desagradables que caracterizan el SBA. En la génesis del proceso, parece tener un papel importante el componente psicológico. No obstante, la explicación de algunas características clínicas parece conducir a alteraciones del sistema nervioso, tanto central como periférico, alteraciones nerviosas perivasculares y/o determinados fenómenos vasculares de tipo isquemia y vasodilatación (Marqués, 2003). Cada vez hay más evidencia de su etiología neuropática debido a la disfunción del sistema dopaminérgico, cambios neuropáticos de

la vía del trigémino en el tronco del encéfalo o de la neuropatía periférica de pequeñas fibras sensoriales (Jääskeläinen, 2012).

El debate sobre el papel de estos factores en la etiología del SBA, ha impulsado el surgimiento de un gran número de hipótesis para explicar los mecanismos etiopatogénicos de la referida asociación. Con todo, hasta el momento ninguna teoría presenta respaldo suficiente para ser aceptada por unanimidad.

1.2.1. Factores asociados al Síndrome de Boca Ardiente (SBA)

Pese al gran número de investigaciones, aún resulta difícil determinar y comprender los mecanismos patogénicos del SBA, particularmente, por la coexistencia e interacción de múltiples factores. No es fácil disociar si dichos factores actúan como agentes etiológicos o bien, son signos y síntomas asociados que caracterizan al síndrome. Algunos de estos factores se consideran predictores del síndrome, mientras que otros son rechazados por no haberse demostrado una relación con su etiología (Marqués, 2003).

Se han sugerido factores fisiológicos (locales y sistémicos), factores psicológicos y factores neurológicos (Cheul, 2015; Cahuana y cols., 2014).

a) Factores locales: microtraumas y erosiones o irritaciones ocasionadas por causas mecánicas (prótesis mal ajustadas, fricción), alteraciones de la dentición (malas posiciones, dientes prominentes), musculares, irritantes locales (alimentos calientes, fármacos tópicos, amalgamas), reacciones alérgicas locales, infecciones, boca seca o xerostomía.

b) Factores sistémicos: deficiencias vitamínicas (ácido ascórbico, ácido fólico, riboflavina, vitaminas del grupo B), anemias, hipercolesterolemia, enfermedades endocrinas (diabetes, hipertiroidismo) y menopausia. Trastornos psicósomáticos: colitis ulcerosa, úlcera gástrica. Fármacos hipotensores como el captopril y el enapril.

Los estudios de Woda y Pionchón (1999; citado por Viglioglia, 2005) han puesto el acento en el papel de las hormonas femeninas (hipoestrogenismo) en casos de estomatodinia. Desde hace más de medio siglo, se relacionaron los síntomas orales con el climaterio; no obstante, la terapéutica estrogénica sustitutiva proporciona resultados inconsistentes.

La sintomatología presentada por el paciente con el SBA depende no sólo del nivel de actividad de los diferentes factores a los que está expuesto, sino también de la coexistencia e interacción entre los factores locales y sistémicos. La aparición de los

síntomas puede ser gradual, con o sin factores precipitantes, o súbita y relacionada con una intervención precedente, incluyendo tratamientos odontológicos como una profilaxis periodontal, obturaciones o una nueva prótesis dentaria, o también una infección respiratoria superior o el uso de antibióticos (Gruska y Bartoshuk, 2001).

c) Factores neurológicos: los pacientes con SBA presentan una elevación significativa de los niveles sensoriales térmicos, una disminución de las puntuaciones para el dolor tónico por calor, así como un incremento en los niveles de somatización (Miranda y Miranda, 2010). Esto indica que su percepción del dolor se ve afectada con frecuencia, no sólo por el componente sensorial, sino también por un componente afectivo-motivacional.

La tolerancia al dolor en la punta de la lengua está significativamente disminuida en el 85% de los pacientes, frente a la localización del mismo en el labio inferior, que lo está tan sólo en el 17%; hallazgo éste que sugiere alteraciones específicas en las funciones sensitivas periféricas o centrales.

Los niveles de dolor por calor en la lengua y la duración y complejidad del mismo son altos en el SBA, lo cual indica una relación entre este y la disfunción periférica en la lengua y/o disfunción central. Las biopsias de lengua en pacientes con SBA muestran una menor densidad de fibras nerviosas epiteliales y subpapilares, así como alteraciones morfológicas difusas que expresan una degeneración axonal. En conclusión, en el SBA existe un componente de neuropatía periférica (Brufau, Martín y Corbalán, 2008; Fedele, Fricchione y Porter y Mignogna, 2007).

Los estudios de imagen y neurofisiológicos han sugerido que una disfunción de la vía dopaminérgica nigroestriatal puede desempeñar un papel en la fisiopatología del SBA (Fedele, Fricchione, Porter y Mignogna, 2007). Hallazgos adicionales han confirmado que los estrógenos funcionan como neuroprotectores del sistema dopaminérgico nigroestriatal y su declive en la menopausia puede explicar la mayor prevalencia del SBA en ciertos grupos etarios y en la mujer (Patton, Siegel, Benoliel y De Laat, 2007).

d) Factores Psicológicos: Tradicionalmente, se ha considerado que los factores psicológicos tales como la ansiedad, la depresión y las fobias, juegan un papel destacado desde el conocimiento de esta entidad nosológica (SBA). El comienzo del SBA se ha asociado a sucesos vitales estresantes, incluyendo el fallecimiento de un ser querido (33% a 82% de los pacientes).

Según Carlson, Miller y Reid (2000), una explicación psicológica para el SBA fue propuesta inicialmente por Engman hace 70 años. Desde entonces, una multitud de estudios han evaluado las características psicosociales de los pacientes con SBA y han demostrado la asociación del SBA con diversas anormalidades psicológicas como depresión, ansiedad, hipocondría, cancerofobia, somatización, obsesión y hostilidad.

Por otro lado, han surgido evidencias de que el SBA no es de origen psicológico y algunos autores desafían la idea de causalidad y sugieren en cambio, que los factores psicológicos encontrados en el síndrome, son el resultado y no la causa del dolor. Las condiciones psicológicas pueden ser simplemente reacciones alteradas de un estado de dolor crónico y no necesariamente un agente etiológico causal (Marques, 2003).

Donde parece existir mayor controversia es en el discernimiento de los factores psicológicos, ya que no está claro si estos son predisponentes, precipitantes o incluso mantenedores del síndrome.

Parece probable que tanto los factores fisiológicos como los factores psicológicos juegan un papel en la causa, perpetuando y / o exacerbando el SBA, pero la interacción entre estos y la importancia relativa de cada uno es, por el momento, mera especulación (Cheul, 2015).

No debemos olvidar que debido a la condición itinerante de estos enfermos y la falta de consenso y eficacia de los tratamientos hasta ahora utilizados, convierten la situación personal de estos pacientes en desesperante. Tanto o más, cuando son tratados muchas veces de simuladores o de exagerar sus dolencias. De ahí, las dudas surgidas sobre si la depresión o ansiedad que padecen muchos de ellos se origina como consecuencia de su situación, o como una manifestación psicosomática más que acompaña al trastorno depresivo-ansioso en su origen.

Algunos estudios han demostrado que los factores causales no psicológicos, como las deficiencias nutritivas, suelen ligarse al *tipo I*; la ansiedad crónica, al *tipo II* y la alergia alimentaria, al *tipo III* (Viglioglia, 2005).

Más adelante se tratarán con mayor profundidad los factores psicológicos objeto de este trabajo.

1.3. Tratamiento

Por todo lo dicho, es evidente que el SBA es una patología de etiología multicausal y poco conocida. Esto conlleva a que la conducción del paciente y el tratamiento empleado sea con frecuencia difícil. Además, la falta de consenso tanto en

el diagnóstico inicial como en el tratamiento posterior, así como la escasez de experimentos de doble ciego que evalúen las diferentes aplicaciones terapéuticas, dificulta la evaluación y elección de uno de ellos como el más eficaz. El análisis crítico de las investigaciones que se han llevado a cabo hasta el presente, muestra que no hay un tratamiento que pueda llamarse curativo. No obstante, en la actualidad contamos con múltiples aplicaciones terapéuticas paliativas.

Pese a que el tratamiento del SBA ha sido insatisfactorio durante mucho tiempo, ahora parecen ser efectivas pautas terapéuticas basadas en los mecanismos neuropáticos que se atribuyen a esta entidad. Sin embargo, no se debería dejar de considerar a este síndrome como un cuadro complejo donde todavía no están claramente definidos los mecanismos y las causas que lo generan (Silvestre y Silvestre, 2008).

Para el tratamiento del SBA se debe seguir un protocolo terapéutico secuencial en el que, primeramente, se descarten los procesos patológicos tanto locales como sistémicos que pueden causar molestias o ardor en la mucosa bucal. En el momento en que se presenten, deberán tratarse de forma eficaz y específica según el cuadro clínico de que se trate (Ortiz, 2015).

A nivel de la intervención bucodental y en el ámbito local, se deben revisar los posibles hábitos parafuncionales y los factores irritantes de todo tipo que puedan actuar en la mucosa bucal (Silvestre y Serrano, 1997). Se deberán evitar los materiales dentales que puedan actuar como alérgenos, así como tratar las infecciones de forma eficaz, y si se encuentra ante una hiposialia crónica, se administrarán, si no hay una patología sistémica previa que lo impida, estimulantes de la secreción salival como la pilocarpina (Silvestre y Silvestre, 2008).

Asimismo, se tratarán los procesos sistémicos que puedan dar lugar a ardor de boca (Silvestre y Serrano, 1997). Las deficiencias vitamínicas deberán compensarse; las anemias, corregirse; y si hay procesos como la diabetes mellitus, se deberá llevar un control metabólico riguroso de la enfermedad. También, se tratarán los procesos psicopatológicos que puedan aparecer, especialmente la depresión (Rojo, Silvestre y Bagan, 1993).

Los tratamientos del SBA normalmente se basan en la experiencia científica y van dirigidos a corregir las causas orgánicas detectadas. Cuando no hay una causa identificable que pueda justificar los síntomas del SBA, se puede sugerir la farmacoterapia. Se han empleado varios regímenes terapéuticos, teniendo como base los factores que con más frecuencia se asocian a la condición. Los fármacos utilizados

pueden ser los antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, antifúngicos, antiinflamatorios, antihistamínicos, corticoides, hormonas sexuales, vitaminas y antioxidantes, entre otros.

La presencia frecuente de alteraciones psicológicas en pacientes con el SBA y las características similares de su sintomatología con la del dolor crónico, han propiciado que se inicie el uso de los antidepresivos en el tratamiento de los pacientes con esta condición. Los antidepresivos tricíclicos, incluyendo amitriptilina, desipramina, nortriptilina, imipramina y clomipramina, son los más utilizados como tratamiento de elección. La elección de estos medicamentos se basa en su efecto como analgésicos, utilizados en dosis bajas (Marqués, 2003).

El uso de agentes ansiolíticos en el tratamiento del SBA, se basa en observaciones clínicas e informes que indican una elevada prevalencia de ansiedad entre estos pacientes. Las benzodiazepinas han sido los ansiolíticos más empleados para este fin, especialmente el clonazepam, que viene despertando gran interés en su aplicación local en la mucosa oral. Se cree que este fármaco actúa de modo análogo al ácido gamaaminobutírico (GABA), inhibiendo la acción de los neurotransmisores a nivel de la membrana neuronal, de modo que disminuye su potencial de acción y por consiguiente disminuye la excitabilidad de las neuronas (Reisner y Pettengil, 2001).

Consideramos esencial establecer un buen *rapport* con el paciente antes de iniciar cualquier tratamiento. La confianza mutua y la alianza terapéutica son fundamentales en estos casos, ya que como apuntábamos con anterioridad, suelen ser pacientes que han sido sometidos a diversas exploraciones y distintos tratamientos sin resultado alguno.

El componente educativo conllevará una explicación detallada del síndrome, haciendo especial hincapié en su carácter benigno. Igualmente, debemos adoptar una actitud comprensiva ante las dudas y preguntas del paciente, dedicando el tiempo necesario a resolverlas, así como a explicarle el plan terapéutico que hayamos establecido. Brailo y cols. (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el impacto de la intervención basada en la información al paciente sobre la percepción del dolor y calidad de vida en pacientes con SBA primario. Los pacientes recibieron información tanto verbal como escrita (folleto informativo) acerca de todos los aspectos del síndrome. Los resultados de dicho estudio confirmaron que informar de un modo objetivo y con tranquilidad a los enfermos de SBA puede aminorar los patrones negativos de comportamiento (catastrofismo) y mejorar su calidad de vida.

En estos pacientes, la psicoterapia es una alternativa eficaz a los psicofármacos en el tratamiento de la psicopatología subyacente. Como ocurre con otros trastornos, el paciente puede no aceptar con agrado el tratamiento farmacológico y, en cambio, puede estar con buena disposición para iniciar una terapia psicológica. La psicoterapia cognitivo-conductual y la hipnosis han demostrado ser útiles para el control del dolor en el SBA.

Un estudio analizó el efecto de la terapia cognitiva en el SBA resistente, comparándola con un programa de atención “placebo” (Bergdahl, 1995). Los participantes del grupo de tratamiento recibieron una hora de terapia cognitiva una vez por semana durante 12 a 15 semanas. Los pacientes del grupo “placebo” regresaron para tres visitas durante un período de 12 a 15 semanas, donde se les realizó una evaluación de la intensidad del SBA y un examen oral. En el análisis se incluyó a todos los participantes con asignación aleatoria. La intensidad del dolor del SBA se evaluó mediante una Escala Analógica Visual (de uno a siete). Los autores informan que hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción de la intensidad del dolor en los pacientes que recibieron terapia conductual cognitiva en comparación con el placebo, inmediatamente después de la terapia y a los seis meses del seguimiento.

Una revisión acerca de las intervenciones para el SBA encontró que la terapia cognitivo-conductual fue una de las tres intervenciones que resultó más eficaz en la reducción de los síntomas (Zakrzewska, Forssell y Glenny, 2008).

Schenefelt (2003) ha rescatado el método de la hipnosis para el tratamiento de pacientes con SBA con el fin de reducir la ansiedad y el dolor asociados, lo que parece haber concluido en resultados satisfactorios.

Hemos visto, pues, que al abordar el Síndrome de la Boca Ardiente es imprescindible realizar una evaluación programada, comenzando con la historia médica, dental y psicológica completa e incluyendo especialmente la descripción minuciosa de la sintomatología por parte del paciente. Profundizando así, no sólo en los factores locales y sistémicos, sino, también, en los factores psicológicos, tanto personales como ambientales que puedan condicionar estrés emocional.

En suma, lo que se pretende es realizar un buen diagnóstico considerando al individuo como un todo, abordando el problema desde las diferentes vertientes que hemos analizado. Sólo así, podremos encontrar el tratamiento idóneo que reduzca las molestias del paciente y le permita una mejor o mayor calidad de vida.

1.4. Aspectos psicológicos tratados en la investigación

En este apartado vamos a definir los aspectos psicológicos que hemos seleccionado para el presente trabajo. Se trataría de explorar los siguientes aspectos: dolor crónico, sucesos vitales estresantes, dimensiones emocionales de la personalidad, dimensiones cognitivas de la personalidad (afrentamiento), apoyo social, calidad de vida relacionada con la salud y sintomatología psicopatológica. Intentaremos profundizar en cada una de ellos, abordando su concepto desde distintas vertientes, haciendo mención de aquellos estudios que tienen una aproximación más directa con cada una de las dimensiones analizadas.

1.4.1. Dolor

La Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) ha definido el dolor agudo como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial de un tejido, o que es descrito por el paciente en términos de ese daño”. Se entiende por dolor crónico cuando éste, “se extiende durante largos períodos de tiempo tras el proceso de curación (6 meses o más) o aparece y desaparece de forma recurrente sin que exista causa orgánica conocida que pueda justificarlo”.

A partir de la década de los 60, se va a modificar la conceptualización del dolor más que en todos los siglos anteriores. La nueva conceptualización se basa en la transformación del dolor como síntoma, al dolor como enfermedad y, en consecuencia, el dolor ya no es visto como un simple, estático y universal código de impulsos nerviosos. Ello ha constituido una especie de revolución en la medicina que se produce, entre otros aspectos, porque el enfoque simplista del dolor como síntoma ha resultado incapaz de explicar diversos fenómenos dolorosos. En primer lugar, un aspecto importante es el fracaso evidente de la investigación en encontrar un origen orgánico o físico en muchos de los síndromes de dolor (Bonica, 1990). En segundo lugar, la escasa correlación encontrada entre la gravedad del daño físico y la intensidad de dolor informado, también supone un aspecto no justificable desde estas hipótesis simplistas (Keefe y Dolan, 1988; Orbach y Dworkin, 1998; Waddell, Pillowski y De Bond, 1989). Finalmente, la influencia que ejercen distintos factores psicológicos (estrés, atención, actitud) en la percepción del dolor constituye otro fenómeno incompatible con la consideración del dolor como un síntoma (Fordyce, 1990; Keefe, 2000).

El modelo Biopsicosocial de Engel (1977) pone de manifiesto la necesidad de utilizar un modelo médico holístico para el tratamiento de las diferentes patologías. Este

modelo distingue entre trastorno (“*disease*”) y la percepción del paciente acerca de su salud, así como del efecto que tiene el trastorno en él, llamada enfermedad (“*illness*”). Trastorno y enfermedad, por lo tanto, no están necesariamente unidos. Un paciente puede estar razonablemente bien (“no enfermo”) pero si se siente mal, está “enfermo”. De modo similar, un paciente con algún defecto físico o proceso patológico tiene un “trastorno”, pero puede sentirse completamente bien y no está “enfermo”.

En definitiva, a partir del modelo biopsicosocial se resaltarán la necesidad de tener en cuenta no sólo los factores anatómicos o fisiológicos, sino también los factores psicológicos y sociales de la enfermedad.

Numerosas investigaciones demuestran que existen una gran cantidad de variables (cognitivas, conductuales, emocionales, físicas y sociales) que juegan un rol importante en la experiencia final de dolor (Boersma y Linton, 2005; Gatchel y cols., 2007). El modelo biopsicosocial concibe que tanto la enfermedad, como los eventos que la causan, están determinados por una compleja interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales (Gatchel y cols., 2007). Este enfoque concibe al dolor crónico como un fenómeno perceptivo cuya caracterización necesita de un enfoque multidimensional y no de tipo lineal como el biomédico. Desde este punto de vista, los componentes de tipo psicosocial alcanzan gran relevancia en los problemas de dolor crónico, donde el dolor se relaciona con el contexto social, actitudes, creencias, emociones y con sus características específicas (Miró, 2006; Navarro, 2006; Novy, 2004; Van-Der Hofstadt y Quiles, 2001).

Según Gatchel y Turk (1999) y Melzack (2000), el auge que se ha generado en torno al modelo biopsicosocial en medicina, contribuye al desarrollo de un modelo holístico integrador en la evaluación y tratamiento, y la sustitución definitiva de los modelos unidimensionales en relación al dolor crónico por modelos multidimensionales que abarcan tanto los aspectos fisiológicos del dolor como los psicológicos y sociales.

1.4.1.1. Clasificación del dolor

Pedrajas y Molino (2008) establecieron la siguiente clasificación:

a) Mecanismo Neurofisiológico

Existen básicamente dos tipos de dolor, el dolor nociceptivo y el dolor neuropático:

Dolor nociceptivo: se origina por la estimulación de nociceptores periféricos, que traducen esta señal en impulsos electroquímicos que se transmiten al sistema nervioso central. A su vez, se puede subclasificar en:

Dolor somático: originado en la piel y en el aparato locomotor. Se caracteriza por estar bien localizado.

Dolor visceral: originado en las vísceras, se caracteriza por estar mal localizado y referido a zonas cutáneas a veces alejadas de la lesión.

Dolor neuropático: se origina por una actividad neuronal anormal y/o por lesión del sistema nervioso central o periférico. Es prolongado, severo, quemante, constante y con paroxismos.

Los procesos neurofisiológicos que influyen en la elaboración y expresión de los componentes del dolor son:

- La reacción de alerta y atención: el dolor produce una reacción de atención intensa y extensa, íntimamente relacionada con la activación de la formación reticular, lo que hace que la sensación dolorosa pueda ser elaborada, evaluada y contribuya a modular la reacción afectiva.
- La actividad vegetativa y somatosensorial: consiste en la aparición de un conjunto de reacciones vegetativas y somáticas, provocadas de forma inmediata por la estimulación nociceptiva.
- Reacción modulada: activada por la propia aferencia nociceptiva a diversos niveles del neuroeje, controla la penetración de la conducción nociceptiva.

b) Aspecto temporal

Melzack y Dennis (1980; citado por González, Solorzano y Balda, 1999), distinguen tres tipos de dolor según su relación con el tiempo de ocurrencia: dolor fásico, dolor agudo y dolor crónico.

Dolor Fásico: este tipo de dolor es de corta duración y refleja la respuesta inmediata al daño. La conducta se caracteriza por un esfuerzo por manejar la situación en relación a la fuente de daño. Bolles y Fanselow (1980) consideran que ante la percepción de un agente traumático, la respuesta es de temor y de defensa para la autoconservación. Luego, cuando el peligro ha pasado, una conducta de recuperación apropiada sería el descanso y la inmovilización. Naturalmente, la reacción inmediata ante un daño, está modificada por el componente biológico, físico y social (Craig, 1989).

Dolor Agudo: es provocado por el daño tisular y comprende tanto el dolor fásico como el estado tónico, el cual persiste por un periodo de tiempo variable hasta que tiene lugar la recuperación. La percepción del daño traumático tiende a provocar miedo y preocupaciones ansiosas en relación a la recuperación. Sin embargo, no se sabe si un nivel elevado de ansiedad hace que la experiencia del dolor sea más severa, o si un dolor muy fuerte provoca un nivel elevado de ansiedad. Además, el dolor y la ansiedad resultantes pueden contribuir a un deterioro físico y psicológico (Craig, 1989).

Dolor Crónico: el impacto psicológico y el curso que toma la conducta en una condición dolorosa varía. La persistencia del dolor puede tener un efecto debilitante profundo (Craig, 1989). En cualquiera de sus formas, bien sea persistente, recurrente o progresivo, el dolor puede deteriorar dramáticamente el bienestar social, vocacional y psicológico del individuo (*International Association for the Study of Pain*, 1986). El dolor crónico no es autolimitado, es permanente; con frecuencia se desconoce la causa, y puede crear problemas psicológicos múltiples que pueden confundir al profesional de la salud y perpetuar el problema (González, Solorzano, Balda y cols, 1999).

Se clasifica en dolor agudo o crónico en función de la duración de los síntomas. Su mayor inconveniente es que la distinción entre ambas categorías es arbitraria, aunque se habla de dolor crónico cuando persiste más de tres meses. El criterio más importante para el diagnóstico es la relación del dolor crónico con aspectos cognitivos y conductuales. El dolor agudo supone una señal biológica muy importante de peligro y es necesario para la supervivencia y el mantenimiento de la integridad del organismo en un ambiente potencialmente hostil. Sin embargo, el dolor crónico produce una constelación de síntomas secundarios como la ansiedad o la depresión, y disminuye de forma significativa la calidad de vida. Este tipo de dolor ha dejado de tener un papel protector para el individuo, y se convierte en una enfermedad en sí (Pedrajas y Molino, 2008). A su vez, constituye uno de los problemas de salud más relevantes para la sociedad actual y tiene impacto significativo sobre las personas que lo experimentan, sus familias, trabajo y comunidad en general. Puede llegar a ser causa de sufrimiento, incapacidad y pérdida de productividad en la población general (Margarita, 2014).

c) Intensidad

Pensamos que el dolor se debe medir teniendo en cuenta la información facilitada por el enfermo. Existen numerosas escalas tanto visuales como verbales, que tienen como finalidad recoger el punto de vista subjetivo del paciente con respecto a su dolor. Será el profesional quien decidirá acerca de la conveniencia de utilizar unas u

otras escalas. Las escalas más usadas son la numérica y la visual analógica. Se habla de dolor leve cuando el enfermo puntúa el dolor de 1 a 3 puntos sobre 10, moderado entre 4 a 6 y severo entre 7 y 10.

El dolor que experimenta un individuo, en suma, es el resultado de una interacción de múltiples factores tanto biológicos como psicológicos, sociales y culturales. Melzack considera que la interacción de dichas variables determina un sistema funcional cerebral que ha denominado neuromatriz, que sería el responsable de dar unas características personales a la percepción dolorosa (Melzack, 1999).

Melzack y Casey (1968) han propuesto tres dimensiones de la experiencia dolorosa:

Dimensión sensitivo-discriminativa: tiene en cuenta cualidades estrictamente sensoriales del dolor como localización, intensidad, cualidad y características espaciales y temporales.

Dimensión cognitiva-evaluadora: valora, no sólo la percepción tal y como se está sintiendo, sino también considera el significado de lo que está ocurriendo y de lo que pueda ocurrir.

Dimensión afectivo-emocional: la sensación dolorosa despierta un componente emocional en el que confluyen deseos, esperanzas, temores y angustia.

Al sugerir la fórmula multidimensional del dolor y asignársele gran importancia a sus tres componentes (sensorial-discriminador, afectivo-motivador y cognoscitivo-evaluador), resulta necesario un mejor conocimiento de ellos (Melzack y Torgerson, 1971).

En relación a la dimensión afectiva, debemos partir de la comprensión de los factores emocionales como procesos que forman parte de la experiencia y expresión del dolor. Cuando una persona es sometida a un trauma o sufre una enfermedad, el miedo a un mayor deterioro, a una agonía persistente y a la muerte, son los componentes más sobresalientes en dicha situación. A pesar de que la ansiedad, el miedo y la depresión son emociones concomitantes del dolor, también pueden observarse otras emociones, tales como, rabia, agresión y culpa, etc.

No hay una emoción única e invariable asociada a dolor. Dependiendo del contexto en el que el sujeto percibe el dolor, y en base a las experiencias pasadas, el dolor puede sentirse como angustioso o incluso frustrante.

El dolor tiene una cualidad afectiva única, no placentera, que la diferencia de otras experiencias sensoriales como la vista, el oído y el tacto. El dolor demanda atención inmediata y afecta la conducta del individuo (Melzack, 1983).

El análisis subjetivo del dolor y los procesos afectivos que forman parte de la experiencia misma resulta muy complicado. El mayor problema radica en las dificultades de la autodescripción del mismo por parte de los pacientes. El profesional de la salud debe entender el dolor que experimenta el paciente pero debe filtrar esta información, contrastándola con su propia información verbal y no verbal disponible.

Por todo ello, se entiende que evaluar tanto las expresiones de dolor que tienen su origen en la patología física como aquellas que son consecuencias de los componentes psicológicos y sociales, representa un gran problema para el profesional de la salud. Hoy en día, gracias a las técnicas para la evaluación psicológica del dolor, se pueden identificar diversos estados emocionales, tales como la ansiedad y la depresión.

Ahora bien, parece que el dolor y la emoción deben ser conceptualizados como un proceso multidimensional con dependencia recíproca (Craig, 1989). El *distress* emocional no es solamente un componente del dolor, sino que puede ser una consecuencia del dolor o una causa del dolor (González, Solórzano y Balda, 1999).

La dimensión cognoscitiva-evaluadora del dolor tiene en cuenta los significados que el individuo atribuye a sus sensaciones físicas dentro del contexto en el que se producen. Este hecho condicionará, en gran parte, la intensidad de la respuesta emocional asociada al dolor. El entorno físico y social, así como, las experiencias personales contribuyen al significado del acontecimiento nocivo; de modo que, muchos de los procedimientos terapéuticos van a tener muy en cuenta la manera con que el paciente percibe e interpreta su dolor.

1.4.1.2. El dolor en el Síndrome de la Boca Ardiente

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain*) en la clasificación de dolor crónico, define la glosodinia y el dolor bucal (también denominado ardor lingual o disestesia oral) como un ardor en la lengua o en otras localizaciones de la mucosa oral, pero no establece la diferencia entre el ardor como síntoma o como parte de un síndrome (Ortiz, 2015).

La Sociedad Internacional del Dolor de Cabeza (*International Headache Society -Headache classification Subcommittee*, 2004) sí señala esta diferenciación y define el

SBA como una enfermedad propia, una sensación dolorosa crónica, no neuropática, de ardor intraoral, para la cual no se puede encontrar causa médica o dental, de más de 4 a 6 meses de evolución (Barker y Savage, 2005). Destacando que puede limitarse la enfermedad a la lengua únicamente, y puede asociarse con sequedad y pérdida del gusto.

El dolor que se origina en la cavidad oral puede afectar al bienestar personal e interferir en las relaciones psicosociales. No hay que olvidar que la cavidad oral no sólo es nuestra vía de alimentación y de comunicación, sino que también es una zona primaria de placer, y en muchas ocasiones refleja la presencia de alteraciones sistémicas y somatizaciones psicológicas.

El dolor que se experimenta en el SBA se caracteriza, principalmente, por una sensación de quemazón o ardor y, presenta algunos aspectos en común con el dolor orofacial idiopático, es decir, presenta síntomas crónicos de etiología desconocida y factores psicológicos asociados.

Algunos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que, la vía de activación del dolor puede afectar la función neuronal, la condición gustativa y otras funciones sensoriales asociadas al SBA (Marqués, 2003).

Grushka y Bartoshuk (2001) sugieren que el SBA representa un dolor bucal fantasma inducido por un daño en el sistema gustativo de individuos vulnerables. Los autores creen que cuando las terminaciones nerviosas gustativas son estimuladas, no sólo envían estímulos excitatorios al cerebro, sino también inhibitorios. Las sensaciones gustativas de la región anterior de la lengua son captadas por el nervio cuerda del tímpano y las de la parte posterior, por el glosofaríngeo. El nervio cuerda del tímpano actúa inhibiendo la respuesta gustativa de la región posterior lingual (Bartoshuk, 1988). Normalmente, los impulsos gustativos conducidos por el nervio cuerda del tímpano inhiben el área del cerebro que recibe los impulsos aferentes de los nervios glosofaríngeo y trigémino. Los autores sugieren que un daño en el nervio cuerda del tímpano impediría su acción de inhibición sobre estos nervios, lo que conllevaría, no sólo, una intensificación de las sensaciones trigeminales que incluyen el dolor bucal, sensación de tacto y sensación de sequedad bucal, sino también sensaciones fantasmas (Marqués, 2003).

Los pacientes con SBA presentan características en común con pacientes que padecen otros dolores crónicos (Grushka, 1987; Klausner, 1994; Malik y cols., 2012;

Riley y Gilbert, 2001; Silvestre, Silvestre y López, 2015). Las alteraciones sensoriales observadas en dolores crónicos, en parte pueden producirse en el sistema nervioso central, cuando éste sufre modulaciones funcionales (Marqués, 2003).

En la percepción del dolor es fundamental la condición subjetiva que implica una experiencia sensorial y emocional idiosincrática. El sistema nervioso central juega un papel esencial en la apreciación del dolor que se origina en las estructuras orales, por eso, el profesional debe tener en cuenta que la sintomatología que aqueja al paciente y su proceso doloroso, pueden tener su origen no sólo en las alteraciones de la mucosa oral o vías nerviosas, sino ser consecuencia del tono emocional del individuo.

Blumer y Heilbraum (1982) y Melzack (1984) afirman que los trastornos psicológicos, como la depresión y la ansiedad, desempeñan una función importante en la modulación de la percepción dolorosa y del deseo de tolerarla. Las dos condiciones pueden aumentar o disminuir los impulsos nerviosos desde los nociceptores periféricos y cambiar la percepción individual del dolor. Se ha visto que los sujetos más ansiosos tienen umbrales dolorosos más bajos que las personas no ansiosas. Asimismo, el tratamiento de estados de ansiedad y depresión muchas veces disminuye el cuadro doloroso (Blumer y Heilbraum, 1982; citado por Marqués, 2003).

Brailo y cols. (2016) señalan qué factores psicógenos tales como, el estrés, el miedo, la ansiedad y la depresión juegan un papel muy importante en la experiencia del dolor y repercuten en cómo las personas afectadas por el SBA lidian con esta condición crónica. Estos factores psicógenos a veces son independientes y están presentes en estos sujetos antes de la aparición de los síntomas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos factores son el resultado de la sensación de ardor prolongada.

Podemos suponer que una afección crónica, dolorosa, sin etiología conocida y sin ningún tratamiento eficaz puede conducir a un círculo vicioso en el que a mayor ansiedad mayores son los síntomas de ardor y a mayor sensación de ardor más ansiedad (Abetz y Savage, 2009; Zakrzewska, 2013).

Por todo lo dicho, es importante tener en cuenta que los factores emocionales están estrechamente ligados a la percepción del dolor, pudiendo aumentar, e incluso disminuir, el umbral del mismo; y también pueden actuar, como desencadenantes de la percepción dolorosa, aún en ausencia de estímulo que la provoque.

1.4.1.3. La evaluación del dolor en el Síndrome de la Boca Ardiente

A pesar de los grandes avances técnicos que actualmente existen en cuanto a los medios diagnósticos (resonancia magnética, tomografía axial computerizada, etc.), la evaluación del dolor sigue siendo una cuestión difícil de abordar, teniendo en cuenta que lo único que puede ser cuantificado objetivamente es la alteración orgánica.

La intensidad de dolor y el daño físico no siempre correlaciona, ya que, como antes apuntábamos, el dolor es esencialmente una percepción subjetiva y, como tal, se considera una experiencia únicamente accesible a la persona que lo siente. Es por ello que sólo podremos acceder al dolor de forma indirecta, bien a través de los informes que emite el paciente, o a través de la observación de sus consecuencias sobre índices biológicos o conductuales.

En el caso del dolor agudo, quizás los cambios fisiológicos y conductuales suelen asociarse más estrechamente con la estimulación nociceptiva; pero en el caso del dolor crónico, como hemos comentado, las variables implicadas forman entramados complejos que influyen en la percepción del dolor (Gatchel y Turk, 1999; Jensen, Turner, Rommano, Good y Wald, 1999; Melzack 2000).

Para la evaluación del dolor, la mayor parte de los estudios sobre SBA, utilizan la Escala Analógica Visual (EVA). Es muy similar a la escala numérica. La EVA, más conocida, consiste en una línea de 10 cm con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable” o “máximo dolor”. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de la EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Escala Analógica Visual (EVA)



La media estimada en la EVA es de 8 (Bergdahl y Anneroth, 1993; Lamey y Lamb, 1988), los síntomas son constantes, persisten por muchos años y en la mitad de los casos se puede observar remisión parcial o total tras 6-7 años (Gruskha, Katz y Sessle, 1986).

Sin embargo, en el presente estudio, vamos a emplear un instrumento de evaluación multidimensional del dolor *The West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire* (WHYMPI) de Kerns, Turk y Rudy (1985), considerándolo como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores.

Existen grandes ventajas del WHYMPI frente a otros cuestionarios por su brevedad, fácil administración y comprensión. Utiliza escalas numéricas y, entre ellas, se encontraría, la estimación de la intensidad del dolor similar a la Escala Analógica Visual comentada anteriormente. La diferencia radicaría en que, en el WHYMPI, la intensidad del dolor se mide del 0 (sin dolor) al 6 (máximo dolor).

1.4.1.4. Estudios revisados

Danhauer, Miller, Rhodus y Carlson (2002) realizaron un estudio con el propósito de determinar qué características podrían diferenciar a los pacientes con síntomas de Boca Ardiente de pacientes con ardor bucal y, en base a ello, determinar su respuesta al tratamiento. Los pacientes completaron en evaluación clínica inicial, el cuestionario del dolor *Mc Gill Pain Questionnaire* (MPQ), el Inventario Multidimensional del Dolor (WHYMPI) y el *Symptom Checklist-90-revisado* (SCL-90-R). Según los resultados obtenidos, no hubo diferencias significativas entre el grupo de SBA y el grupo de Ardor Bucal con respecto a la edad, duración e intensidad del dolor, interferencias en su vida y los niveles de angustia psicológica.

Castillo y Aldape (2006) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores asociados al Síndrome de la Boca Ardiente presentes en una población de mujeres mexicanas, para poder así obtener un diagnóstico acertado con el que fuera posible brindar un mejor tratamiento a este sufrimiento. Los factores que se investigaron en cada paciente fueron: edad, estado civil, nivel del dolor (Escala Analógica Visual), circunstancias bajo las cuales comienza la sintomatología, etapa del climaterio en que se encuentra la paciente, tipo de menopausia, hiposalivación, bordes cortantes y restauraciones desajustadas, hábitos parafuncionales, polimedicación, fármacos predisponentes de hiposalivación y ardor bucal, eritropenia, hiperglucemia, déficit estrogénico, depresión y ansiedad, problemas intrafamiliares, insomnio y cancerofobia. Al comparar los tiempos de evolución del dolor en cavidad bucal y el tiempo transcurrido desde que se inició la menopausia, se observó que en el 99,9% de las pacientes apareció la menopausia mucho antes que el dolor. Sólo una paciente informó que la menopausia y la sintomatología bucal comenzaron a la par. Predominaron las

pacientes cuya evolución del dolor no superaba los 12 meses (54,5%), sin embargo, hubo pacientes que soportaron la sintomatología durante 10, 15 e incluso hasta 20 años.

En cuanto a las circunstancias bajo las cuales comenzó el dolor, predominaron las mujeres que relacionaron el comienzo de su padecimiento a un suceso de orden emocional, como, por ejemplo, la muerte del cónyuge y problemas intrafamiliares crónicos (54,5%).

En el estudio realizado por Femiano, Gombos y Scully (2003), se pretendió estudiar la eficacia de distintas psicoterapias y medicación con ácido alfa-lipoico en el tratamiento del SBA. Para ello, se solicitó a los pacientes que indicaran la intensidad de sus molestias en una escala de tipo analógico visual (VATS). A través del ensayo, los cambios negativos en los VATS, fueron considerados como la condición “empeorando”, mientras los cambios positivos en los VATS de 1 grado se clasificaron como “ligera mejoría”, los cambios de 2 grados como “clara mejoría” y los cambios de 3 grados como “resolución”. Esto autores concluyeron que el ácido alfa-lipoico podría complementar la psicoterapia y ser una alternativa aceptable a los fármacos psicoactivos.

Eguía del Valle y cols. (2003) realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer las principales características clínicopatológicas de los pacientes diagnosticados de SBA en el País Vasco. Respecto a los resultados, en la Escala Analógica Visual que se empleó para valorar la intensidad del ardor, el resultado medio fue 7,6 (amplitud 4-10) y la localización más común fue la lengua afectada en 20 pacientes de los 30 que se estudiaron.

Buljan, Savic y Karlović (2008) se plantearon determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con y sin SBA, y evaluar la posible asociación entre la intensidad del dolor y la incidencia de la depresión y la ansiedad. El estudio se realizó en una muestra de 120 pacientes adultos, elegidos al azar de dos consultorios de dentistas en Nova Gradiska (Croacia). Los datos de los pacientes fueron recogidos por medio de un cuestionario que constaba de cuatro partes: historial, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la Escala de Zung de Autoevaluación para la Depresión y la Escala Visual Analógica (EVA) para estimar la intensidad del dolor. La presencia de los síntomas del SBA se registró en un 35% de los 120 sujetos. Se detectaron niveles de depresión y ansiedad estadísticamente significativos en los sujetos que padecían el

SBA. La intensidad del dolor en el SBA, la ansiedad y la depresión mostraron una correlación positiva.

1.4.2. Acontecimientos Vitales Estresantes

El término estrés comenzó a utilizarse a partir del siglo XIV para referirse a experiencias negativas, como adversidad, dificultades, sufrimiento, aflicción, etc.

Tradicionalmente, desde los enfoques fisiológicos y bioquímicos, se ha estudiado el estrés en términos de respuesta (por ej., Selye, 1954). Las orientaciones psicológicas y psicosociales han puesto el acento en la situación estimular, asumiendo el estrés como un fenómeno externo focalizado en el estímulo (por ej., Holmes y Rahe, 1967). Desde otros modelos teóricos, surgió la importancia de tener en cuenta otros factores psicológicos (cognitivos), como factores mediadores (por ej., Lazarus, 1966). Estas tres orientaciones (teorías basadas en la respuesta, teorías basadas en el estímulo y teorías basadas en la interacción) van a marcar el desarrollo del estudio del estrés y su aplicación al campo de la Psicología, aunque para los propósitos de nuestro estudio aquí interese particularmente la segunda.

Las teorías basadas en el estímulo, consideran que el estrés se localiza fuera del individuo, entendiéndolo en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, pudiendo perturbar éstos el funcionamiento del organismo. Por tanto, entienden el estrés como una variable independiente frente a los modelos anteriores que lo estudiaban como variable dependiente (estrés como respuesta). Estos modelos han tenido gran influencia en el campo de la psicopatología, siendo una de sus perspectivas más conocidas el enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales, cuyo principal representante es Holmes (Holmes y Rahe, 1967). Este investigador sostenía que los sucesos vitales estresantes (*life events*) son eventos sociales que provocan cambios en el individuo respecto a su funcionamiento habitual. Producen reacciones psicofisiológicas perturbadoras y, a mayor cambio experimentado por el individuo, existe mayor riesgo de enfermar, entendiéndose que el estrés suele deberse a la acumulación de varios sucesos. No obstante, la idea de que determinadas situaciones o circunstancias vivenciadas por las personas, pueden dar lugar a problemas de salud física y/o psíquica es más antigua; así, el modelo psicopatológico de Meyer (Meyer, 1951; citado por González y Castillo, 2010), proponía un análisis de la biografía de las personas para descubrir los acontecimientos vitales que habían sufrido y su relación con la aparición de trastornos físicos y psíquicos.

En el estudio del estrés, González de Rivera propone una clasificación de “factores de estrés” que divide en tres grandes grupos (González de Rivera, 1989), a saber:

Factores externos de estrés, en los que se engloban todas aquellas variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo. Los acontecimientos vitales son un elemento típico de este grupo, tal como se objetivan, por ejemplo, con la escala de Holmes y Rahe.

Factores internos de estrés, constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés.

Factores modulares, constituidos por variables tanto del medio como del individuo, no directamente relacionadas con la inducción o la respuesta de estrés, que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores externos e internos. Ejemplos de este grupo pueden ser el apoyo social y los estados afectivos de tipo depresivo.

Asimismo, González Rivera (1989) hace hincapié en la interacción existente entre factores internos – reactividad al estrés – y factores externos – acontecimientos vitales – en la determinación de la susceptibilidad a la patología somática. Así, *“la susceptibilidad a enfermar, independientemente de cualquier otra causa, aumenta de manera inespecífica al aumentar un factor global de estrés determinado por la conjunción de factores internos y externos de estrés”* (González de Rivera, Morera y Monterrey, 1989). Según la hipótesis de los autores, la predisposición a enfermar aumenta en relación con el cúmulo de acontecimientos estresantes, que se engloba bajo el concepto de «factores externos de estrés». Así, la interpretación más obvia de los resultados obtenidos en su estudio, es que la reactividad individual al estrés modula el efecto de los sucesos vitales, permitiendo un índice bajo de reactividad al estrés al afrontar un cúmulo elevado de sucesos vitales, sin aumento de la predisposición a enfermar. Inversamente, un índice de reactividad elevado reduce las capacidades de adaptación del individuo, permitiendo que un cúmulo menor de sucesos vitales actúe de manera inespecífica aumentando la susceptibilidad a enfermar (González de Rivera, Morera y Monterrey, 1989).

Finalmente, una línea de investigación más en boga y que asimismo, se incluiría en esta perspectiva del estímulo, es aquella que tiene que ver con el tópico de los desastres. Una distinción común puede establecerse entre acontecimientos vitales normativos y no normativos. Por normativo, se entiende anticipar ciertas clases de acontecimientos que, de forma natural, le suceden a una mayoría de los individuos en ciertas épocas de su vida y que se espera que ocurran (por ejemplo, matrimonio, exámenes, jubilación, fallecimiento de padres, etc.). Por contraste, los acontecimientos vitales no normativos se incluyen dentro de los acontecimientos raros e inesperados, como son los desastres, accidentes y enfermedades.

El estudio de los acontecimientos vitales y su relación con la aparición de síntomas y enfermedades ha sido ampliamente estudiado. Desde este punto de vista, se considera que un estresor es cualquier estímulo que exige que el organismo se adapte o se ajuste. Esta adaptación o ajuste se conoce como respuesta al estrés. El estrés que experimenta la persona en la vida real debe obedecer a múltiples sucesos, tales como muerte de familiares, matrimonio, parto, etc. Los acontecimientos vitales son importantes porque pueden estar relacionados con el desencadenamiento o mantenimiento del dolor (Prieto, 1999).

Algunos autores como Feinmann y Harris (1984), Hammaren y Hugoson (1989) o Svensson y Kaaber (1995) han encontrado que la mayoría de los pacientes con SBA habían experimentado al inicio del mismo, acontecimientos vitales estresantes del tipo de nacimientos, fallecimientos, separación conyugal, problemas laborales, etc.

Eli, Kleinhauz, Baht y Littner (1994) se plantearon como objetivo evaluar a los pacientes con SBA y ver la influencia que la edad, el estatus socio-económico, sexo, etnia, educación, tendencias psicopatológicas y la presencia de acontecimientos vitales tenían sobre este Síndrome. En contraposición a los estudios anteriores, estos autores no encontraron relación alguna entre los acontecimientos vitales estresantes y el inicio de los síntomas de la Boca Ardiente pese a reconocer un elevado estrés psicológico.

Yue y cols. (1999) investigaron la existencia de alteraciones psicopatológicas, características de personalidad y la existencia de los acontecimientos vitales recientes en pacientes con SBA. Las puntuaciones de los factores emocionales y los acontecimientos vitales negativos fueron más altas en los pacientes SBA que las del Grupo Control. Llegaron a la conclusión de que el SBA podría ser un tipo de trastorno psicológico con molestias somáticas causadas por el estrés de haber sufrido acontecimientos vitales estresantes. Asimismo, Hakeberg y cols. (2003) también

sugirieron que el debut del SBA estaba precedido por un acontecimiento estresante agudo. Un proceso de somatización siguiente a un evento vital muy estresante es probable que deje al paciente más vulnerable que antes. Puede haber un considerable lapso de tiempo entre el evento desencadenante y el inicio del síndrome (Lamey y cols., 2005).

Por otro lado, Soto, Rojas y Esguep (2004) establecen en su estudio la posible relación existente entre el liquen plano oral, estomatitis aftosa recidivante, Síndrome de la Boca Ardiente y las alteraciones psicológicas del paciente, tales como el estrés, la ansiedad y la depresión. Los resultados obtenidos demostraron que con respecto a la cantidad de acontecimientos vitales y de estrés, el valor promedio del grupo de casos con patología oral fue alto, mientras que en el grupo control aparecía con niveles normales.

El objetivo de la investigación realizada por Lamey, Freeman, Eddie, Pankhurst y Rees, (2005) fue estudiar, por un lado, si los pacientes con el Síndrome de la Boca Ardiente diferían en comparación a los que no tenían SBA, con respecto a la percepción de la salud, medicamentos y acontecimientos vitales y, por otro, examinar el papel de los factores de vulnerabilidad a presentar sintomatología física (SBA). Se encontró que los pacientes con el Síndrome de la Boca Ardiente, tenían un mayor historial de Acontecimientos Vitales estresantes (experiencias de pérdida, separación de los padres, duelo, etc.) en comparación con los controles, así como puntuaciones significativamente más altas en ansiedad y depresión. Concluyeron que las personas que experimentan sucesos vitales estresantes pueden llegar a ser más vulnerables al SBA.

Asimismo, Cahuana y cols. (2014) hacen referencia a estudios en los que se demuestra que los individuos aquejados de SBA han sufrido experiencias estresantes de la vida como abortos, hijos con malformaciones u otras alteraciones y pérdida de seres queridos (López, Camacho y Lucero, 2008; Malik y cols., 2012; Rojo y cols., 1993).

Adamo y cols. (2015) estudiaron la relación entre las características sociodemográficas y el SBA. Descubrieron que la prevalencia del SBA es mayor en mujeres casadas, en paro, y menos en las pacientes con educación superior. A su vez, las mujeres con SBA aludían a los sucesos vitales estresantes como factor desencadenante.

En algunos casos, procesos dentales suelen ser experiencias adversas menores que pueden en cierta medida condicionar la aparición del síndrome (Cheul, 2015).

En nuestros días, existe un interés creciente en investigar la posible implicación de los factores psicológicos en las enfermedades médicas. Debido a esto, están aumentando los estudios, bien diseñados, que utilizan instrumentos de evaluación estandarizados. Pero, como hemos podido comprobar, todavía quedan muchos interrogantes por resolver a la hora de determinar la relación existente entre estos factores y la enfermedad física. Nuestro estudio sobre Síndrome de la Boca Ardiente y Acontecimientos Vitales Estresantes busca profundizar en este campo.

1.4.3. Dimensiones emocionales de la personalidad (Extraversión y Neuroticismo)

El estudio de la personalidad del paciente con dolor crónico, se ha centrado en evaluar la influencia de estos rasgos, tanto en la génesis como en el mantenimiento de la enfermedad.

Existen autores que plantean serias dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a un tipo de personalidad premórbida (Serrano y cols., 2002). Otras líneas de investigación más bien apuntan a que la personalidad no es un precursor del dolor, sino que determina en parte el grado de incapacidad, cronificación y sufrimiento (Dersh, Polatin y Gatchel, 2002). En este sentido, se considera que la personalidad determina las estrategias o las habilidades que desarrollará el individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación a la enfermedad. A este respecto, por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con dolor crónico y con altas puntuaciones en neuroticismo padecen mayor dolor porque son los que más pensamientos catastróficos presentan (Ramírez, Esteve y López, 2001; Ramírez, 2002).

Son numerosos los estudios que han abordado las posibles relaciones existentes entre las dimensiones de personalidad y la experiencia de dolor. Por lo que a la personalidad se refiere, dos son las características temperamentales que han acaparado la investigación: Extraversión (E) y Neuroticismo (N). Y, sin duda alguna, una parte sustancial de la evidencia empírica que relacionan los niveles de Extraversión-Introversión y Neuroticismo con la experiencia de dolor derivan de la teoría formulada por Eysenck (1957, 1967). De este modo, los niveles de activación cortical (más elevado en el introvertido y más bajo en el extravertido) y de activación emocional (alto o bajo N) se consideraban aspectos relevantes que influían en el umbral de dolor de los individuos. Junto a ello, ciertos rasgos típicos incluidos en las dimensiones de E y N

podían funcionar potenciando o atenuando la experiencia de dolor. A continuación revisamos de modo resumido algunas de estas evidencias empíricas.

Comenzando por la *extraversión*, ya en la década de los sesenta Lynn y Eysenck (1961), defendían que los sujetos extravertidos presentan un umbral de dolor más alto que los introvertidos y toleran mejor el dolor. Además, postuló que los extravertidos expuestos a una situación de dolor prolongado lograban una mejor adaptación que los sujetos introvertidos. En esta línea, Ziesat y Gentry (1978) realizaron un estudio con sujetos que padecían dolor crónico benigno, mostrando que los sujetos con altos niveles de introversión manifestaban mayor nivel de dolor percibido. No obstante, Wade y cols. (1992) señalaron que, si bien la extraversión influiría negativamente en los niveles de malestar subjetivo relacionados con el dolor, no se relacionaría con la intensidad percibida de dolor.

Posteriormente, Phillips y Gatchel (2000) argumentaron que las características del sujeto extravertido (expresa sus sentimientos, es activo socialmente y recibe apoyo social) les lleva a utilizar una serie de estrategias que permiten al paciente conseguir una menor intensidad percibida de dolor. Como señalan estos autores, la conclusión general a la que llegan los distintos trabajos de investigación acerca del efecto de la extraversión sobre el dolor crónico es que, los sujetos con altos niveles de extraversión son los que muestran un umbral de dolor más alto y mayor tolerancia al dolor.

Otra serie de estudios indican que la extraversión es una variable protectora del dolor, útil en el tratamiento. Se ha visto que aunque los pacientes extravertidos manifiestan más su conducta de dolor, informan menos problemas en su estilo de vida que los pacientes introvertidos (Moreno y Montaña, 2000), y que puntuaciones altas en extraversión también muestran relación con menor incapacidad física y emocional. Ballina y cols. (1995) señalan que ello se debe probablemente a que la extraversión puede servir como atenuante de la influencia del neuroticismo en los estados del dolor. Al respecto, Ediger (1993) sugería que las personas extravertidas, al ser más sociables, tienen mayor apoyo social, mientras que las introvertidas suelen permanecer más aisladas, por lo que en el tratamiento del dolor crónico, sobre todo de pacientes introvertidos, se debería incluir el apoyo social, la expresión de sentimientos y la actividad social.

Algunas investigaciones, han puesto de manifiesto que los individuos con puntuaciones altas en extraversión manifiestan mayor conducta de dolor en sus hogares y en las entrevistas clínicas, aunque indican que el dolor interfiere en menor grado en

sus estilos de vida (Wade, Dougherty, Hart, y Cook, 1992). En el estudio mencionado anteriormente de Phillips y Gatchel (2000), los autores concluían que la extraversión es una dimensión que permite un mayor control del dolor. Los individuos extravertidos poseen una mayor inhibición reactiva ante el dolor, con lo que tienen una menor respuesta de miedo condicionada, poseen un mayor apoyo social que les lleva a disminuir el nivel de estrés, tienen mayor expresión de los sentimientos que les lleva a aumentar la demanda de ayuda ante el dolor, y una mayor actividad social que les permite un grado mayor de distracción ante el dolor.

En cuanto al *neuroticismo*, Wade, Dougherty, Hart y Cook (1992) sugirieron que los pacientes con dolor crónico que presentan mayor grado de represión emocional son aquellos con mayor nivel de neuroticismo, manifestando a su vez un alto grado de depresión, ansiedad, hostilidad y vulnerabilidad.

De forma paralela, se han realizado estudios con distintas versiones de los cuestionarios de Eysenck (*Eysenck Personality Inventory*, Eysenck y Eysenck, 1964, 1968) para examinar las características de personalidad en los pacientes con dolor crónico, en los cuales se ha encontrado una relación significativa entre altos niveles de neuroticismo y estilo de afrontamiento orientado hacia el catastrofismo que predicen una adaptación deficiente.

Dada la tendencia de las personas con alto neuroticismo a experimentar emociones angustiosas, negativas y con baja autoestima, algunos autores consideran que los individuos que lo sufren pueden exhibir un patrón de pensamientos catastróficos sobre todos los aspectos de su vida. Estas emociones negativas pueden propiciar cambios físicos que incluso pueden contribuir a la progresión de la enfermedad. Así, Lorenzen (1994) observó que los pacientes con alto neuroticismo informaban de una frecuencia elevada de síntomas físicos, aunque en los registros de dolor se observaban frecuencias menores. De igual forma, Eysenck y Eysenck (1964, 1968) observaron que los pacientes con dolor crónico obtuvieron medias más elevadas en la Escala de Neuroticismo que los controles normales, y que correlacionaba negativamente con el umbral del dolor y positivamente con el uso de analgésicos (Keefe y Bonk, 1999). Otros estudios encontraron resultados similares al comparar pacientes con dolor crónico orgánico y psicógeno (Loeser y cols., 2001).

Si nos centramos en los estudios que hacen referencia a la relación existente entre personalidad y Síndrome de Boca Ardiente, vemos como algunos hablan de que existe un rasgo común a todos ellos: la personalidad ansiosa.

Bergdahl y cols. (1995) observaron en sus pacientes un menor nivel de socialización, mayores niveles de ansiedad somática, tensión muscular, mayor tendencia a preocuparse por su salud y más pensamientos de tristeza cuando se comparaban con pacientes control, encontrándose diferencias importantes en cuanto a personalidad y funcionamiento psicológico.

Según Femiano, Gombos y Skully (2004) la baja autoestima y la ausencia de personalidad sólida y satisfactoria, son características acentuadas en todos los pacientes con SBA. La prevalencia de trastornos de la personalidad cluster A (paranoide, esquizotípica) y C (obsesiva-compulsiva) en el SBA es elevada, pero sólo en el cluster A parece específica respecto a otros trastornos somatomorfos (Miranda y Miranda, 2010).

Al Quaran y Jordan (2004) mide cinco grandes dominios de la personalidad: el neuroticismo, la extraversión, la apertura, la cordialidad, y la escrupulosidad en pacientes con SBA. Éstos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en neuroticismo y todos sus factores, tales como ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia, impulsividad y vulnerabilidad. Según este autor, el neuroticismo es una dimensión que correlaciona significativamente con la gravedad de la sensación de ardor, por lo que puede ser un indicador de la gravedad de los síntomas de SBA.

Sin embargo, otros autores plantean como hipótesis con la alta comorbilidad psiquiátrica en el SBA, que esta es secundaria y derivada de la merma en la calidad de vida que supone este padecimiento doloroso crónico, descartando así la influencia de los factores psicológicos en la patogénesis del SBA (Miranda y Miranda, 2010).

Galli y cols., (2016), realizaron una revisión sistemática (meta-análisis) sobre los factores psicológicos asociados al SBA. La mayoría de los estudios referidos en esta revisión hallaron que, algunas de las dimensiones específicas de la personalidad juegan un papel importante y pueden estar relacionadas con SBA. De este modo, se han encontrado cinco estudios en los que emplean cinco instrumentos diferentes; *NEO Personality Inventory Revisada (NEO-PI-R)*, *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II)*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*, *Big Five Inventory (BFI)*, *Temperament and Character Inventory (TCI)*, para evaluar personalidad en estos enfermos. En uno de ellos, no se encontraron diferencias, en lo que a la personalidad se refiere, entre aquellos pacientes aquejados de SBA y los controles sanos (Merigo y cols., 2007). Las otras cuatro investigaciones encontraron mayores niveles de neuroticismo (Al Quaran y Jordan, 2004 y De Souza y cols., 2015) y evitación del dolor (Zakrewska, 2013), niveles más bajos de búsqueda de la novedad y

de autodirección, y una mayor prevalencia de trastornos de la personalidad (en concreto, obsesivo compulsivo y esquizotípico) en pacientes con SBA en comparación a los controles sanos (Maina y cols., 2005).

Otros estudios señalan que la personalidad de los pacientes con SBA es similar a la de otros individuos que padecen enfermedades con dolor crónico. Tienden a ser depresivos, sentirse molestos, son aprensivos e introvertidos, lo cual puede ser el resultado directo de la experiencia dolorosa (Cibirka, Nelson y Lefebvre, 1999). En esta línea, Ballina y cols. (1995), observaron que los pacientes con Fibromialgia manifestaban ciertas características comunes, como ser exigentes, cuidadosos, ordenados y meticulosos en todos los aspectos de su vida, y que también era característico encontrar en ellos rasgos depresivos. Se ignora si esto último es un rasgo de su personalidad o una manifestación psicológica de adaptación al dolor crónico, el cual a su vez tiene un componente afectivo íntimamente ligado con la ansiedad y la depresión (Moreno y Montaña, 2000).

Asimismo, Nordahl y Stiles (2007) realizaron una investigación en la que pretendían evaluar los estilos cognitivos de los pacientes con Fibromialgia para determinar los estilos de personalidad de estos, basándose en el supuesto de que en los sujetos con Fibromialgia existe predominantemente un estilo de personalidad depresógeno. Se comparó a 44 pacientes con Fibromialgia con 44 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, y 41 sujetos sanos. Como instrumento de evaluación se empleó la *Sociotropy and Autonomy Scale* (SAS), que permite evaluar dos dimensiones independientes de rasgos cognitivos de personalidad: dependencia y autonomía. También se empleó la *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS), que evalúa los procesos cognitivos que predisponen a los individuos a ser vulnerables al desarrollo de la depresión, la Entrevista Clínica Estructurada del DSM, que evalúa los trastornos del eje I, y el BDI (*Beck Depression Inventory*). Comparando a estos tres grupos los resultados obtenidos señalaban que los pacientes con Fibromialgia presentaban un estilo de personalidad dependiente, siendo muy similar a los depresivos y difiriendo del Grupo Control.

En línea con esta última investigación, Oteo (2010) en su estudio sobre los aspectos psicológicos en las mujeres diagnosticadas de Fibromialgia, encontró que en las pacientes con Fibromialgia y Artritis Reumatoide, el neuroticismo se relacionaba significativamente con la intensidad dolorosa sufrida por ellas.

Por todo lo dicho, y basándonos en la literatura existente, la personalidad premórbida, aunque no sea la precursora del dolor, determina en parte la discapacidad o sufrimiento provocado por éste. Según Dersh, Polatin y Gatchel (2002), después de una extensa revisión de la literatura sobre este tema, concluyen, de forma similar a Serrano y cols. (2002) que se podría considerar a las psicopatologías como características preexistentes en *stand by* que son activadas por el estrés que supone el sufrimiento de dolor crónico. Así, aunque quizás las psicopatologías no son las responsables del inicio del dolor, probablemente intervengan en su cronificación. De este modo es posible que los rasgos o patologías de personalidad afecten a la discapacidad a través de su influencia en la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento.

Nosotros, en nuestra investigación, intentaremos esclarecer de qué modo influye la personalidad en el SBA y qué relación guarda con el resto de variables estudiadas.

1.4.4. Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento)

Tal y como aludíamos anteriormente, los factores de tipo psicosocial tienen una gran importancia cuando abordamos el tema del dolor crónico. Una de las variables con más auge en los últimos años es el tema de las cogniciones y creencias relacionadas con el dolor.

Los individuos muestran amplias diferencias en sus habilidades para regular tanto las emociones como sus juicios y atribuciones respecto al dolor; sus creencias respecto a la enfermedad; sus expectativas de asistencia y de apoyo emocional, así como su percepción de control y dominio sobre la enfermedad (Margarita, 2014).

Un modelo teórico y empírico que ha adquirido importancia en los últimos años es el modelo cognitivo-comportamental del dolor crónico. Dicho modelo asume que los problemas asociados a dicho síndrome se originan a partir de la forma en que el paciente reacciona ante éste. Por ello, la diferencia que existe entre las personas que sufren el dolor crónico que consideran que se hallan incapacitados por éste, y los que piensan que el dolor no es problemático, no se basa necesariamente en la percepción sensorial del dolor sino, más bien, en las valoraciones e interpretaciones que realizan los pacientes acerca del mismo (Moretti, 2010).

Desde el modelo cognitivo-comportamental, las cogniciones han sido definidas como respuestas en forma de autoverbalizaciones que son específicas a una situación del ambiente. Por otro lado, las creencias se definen como nociones o constructos personales preexistentes acerca de la naturaleza de la realidad que dan forma o permiten

interpretar el significado de los eventos y tomar decisiones acerca de uno mismo y sobre el ambiente (Lazarus y Folkman, 1984). En el ámbito específico del dolor crónico, las creencias son consideradas cogniciones (pensamientos) que las personas poseen acerca de su problema de dolor (Busch, 2005; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991) y sirven para obtener conocimiento y comprensión de los eventos que sucedieron, suceden o sucederán (Stroud, Thorn, Jensen y Boothby, 2000). El sistema de creencias relacionadas con la experiencia del dolor desempeña un papel fundamental en el ajuste al mismo (Casey y cols., 2008; Stroud, Thorn, Jensen y Boothby, 2000; Turk y Okifuji, 2002).

Los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas en torno a las creencias de recursos y dolor muestran que éstas se relacionan de forma negativa y significativa con la intensidad del dolor percibido por el paciente. Asimismo, estos resultados destacan la importancia de las creencias de control en la percepción del dolor crónico.

La valoración del dolor y su afrontamiento son procesos indisolublemente unidos que determinan en gran medida la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del cuadro. En este sentido, los investigadores han orientado sus esfuerzos a determinar los modos de afrontamiento del dolor, con qué tipo de valoraciones se relacionan y qué resultados tienen en la evolución del trastorno (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004; citado por Osorio y Bohórquez, 2012).

En cuanto a los procesos de valoración del dolor, las variables más relacionadas con el afrontamiento son las referidas al lenguaje interno, especialmente las creencias de control. Así, se han investigado las creencias irracionales sobre el dolor, los pensamientos negativos automáticos, el *locus* de control, y las expectativas de autoeficacia percibida (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004).

Desde el modelo procesual del estrés de Lazarus y Folkman (1984), el dolor crónico es concebido como una situación estresante que, además de estar sostenida en el tiempo, requiere esfuerzos adaptativos continuos por parte de la persona que lo sufre. Los esfuerzos dedicados a paliar y enfrentar el dolor se denominan estrategias de afrontamiento y son utilizados con la intención de manejar el dolor (Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001; Camacho, Martel y Anarte, 2001).

El afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas y otras, que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va

cambiando su entorno. La dinámica que acompaña al afrontamiento como proceso, no es fruto del azar.

Es importante establecer diferencias entre los *estilos* y las *estrategias* de afrontamiento (Fernández, 1997):

Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como, de su estabilidad temporal y situacional. Constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento. Sin embargo, las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Normalmente, se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986), añadiéndose una tercera que distinguen muchos de los autores especializados en el tema (por ej. Endler y Parker, 1990):

Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, costo y beneficio, elección y aplicación. La resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que el afrontamiento dirigido al problema también incluye las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto. Kahn y cols. (1964) hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En las primeras se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. En el segundo grupo, se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos nuevos.

Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema. Encontramos en la literatura una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un grupo considerable está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva,

las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Estrategias centradas en la evitación: a nivel funcional se basan en desconectarse psicológicamente del problema durante un tiempo, realizar actividades pasajeras que sirvan de distracción, formar relaciones pasajeras. A nivel disfuncional podríamos encontrar conductas como desconectarse psicológicamente del problema durante mucho tiempo o realizar actividades pasajeras que sirvan de distracción también durante mucho tiempo.

Se ha tratado de determinar la estructura de las estrategias de afrontamiento utilizadas en el control del dolor, centrándose más en estrategias específicas que en estilos. Los resultados apuntan a una estructura ya conocida en otras áreas de investigación, destacándose las de tipo cognitivo (por ej., utilizar la imaginación para ignorar el dolor o transformarlo en otra sensación, la distracción y la reestructuración cognitiva) y las conductuales (la búsqueda de apoyo social, el descanso, la evitación de actividades o situaciones determinadas, la medicación, el ejercicio, etc.) (Osorio y Bohórquez, 2012).

Los resultados del afrontamiento se han relacionado con cambios en los parámetros del dolor, tanto sensoriales (intensidad, frecuencia, duración), como emocionales (ansiedad, depresión) y funcionales (conductas de dolor, discapacidad, interferencia en la vida social, laboral, etc.). Por ejemplo, Gil y cols. (1990) encontraron que las estrategias de afrontamiento predecían el ajuste a la enfermedad. El afrontamiento pasivo (catastrofización, descanso, etc.) resultó desadaptativo, asociándose con el incremento de la intensidad y frecuencia del dolor así como con hospitalizaciones y visitas al médico más frecuentes. El afrontamiento activo (ignorar sensaciones, autoverbalizaciones de afrontamiento, distracción, etc.) ha destacado como más adaptativo, mostrando una disminución en los parámetros sensoriales del dolor. Jensen y cols. (1991) encontraron que la desesperanza y la catastrofización se asociaron directamente con altos niveles de discapacidad emocional y depresión, mientras que rezar y tener esperanza se asociaron con alta discapacidad física. Geisser y cols. (1994) demuestran que la catastrofización mediatiza la relación entre los aspectos evaluativos y afectivos del dolor y la depresión.

Centrándonos en los estudios relacionados con el SBA, los resultados encontrados en estos pacientes, aunque escasos, permiten destacar algunos aspectos cognitivos relevantes, sobre todo en cuanto a la percepción de control, valoración de la

enfermedad y las estrategias de afrontamiento se refiere. No obstante, dado que el SBA comparte varias características, en cuanto a la condición de dolor crónico con otras enfermedades tales como la Fibromialgia, Artritis Reumatoide, Síndrome de Fatiga Crónica, etc., trataremos de profundizar más adelante sobre la cognición y el afrontamiento en ellas.

Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y la falta de un tratamiento eficaz, las pacientes aquejados de SBA viven la enfermedad con mucho miedo e incertidumbre por lo que suelen interpretar de manera exagerada y catastrófica el dolor.

Matsuoka y cols. (2010) estudiaron el perfil cognitivo de los pacientes aquejados de SBA. Estos autores investigaron qué características cognitivas (catastrofismo, autoeficacia relacionada con el dolor, predisposición a la ansiedad) se relacionaban directamente con el SBA y la diferencia existente con los individuos "sanos" (grupo de control). El Catastrofismo y la predisposición a la ansiedad fueron significativamente mayores en los pacientes con SBA que en los controles. En ellos, la catastrofización correlacionaba significativamente con la severidad del dolor, la respuesta de estrés, la discapacidad psicológica y la discapacidad social. Asimismo, el catastrofismo mostró una mayor correlación con los síntomas del SBA.

La Catastrofización en el dolor se define en estos pacientes como una serie de percepciones exageradas y negativas sobre la experiencia de dolor. La catastrofización, en este caso, se compondría de tres dimensiones: la rumia ("Me preocupa todo el tiempo si el dolor va a terminar"), ampliación ("Me pregunto si algo grave podría ocurrir") e impotencia ("Es horrible y siento que me abruma").

Es probable, que esta percepción catastrofista de la enfermedad tenga como consecuencia la adopción de estilos de afrontamiento desadaptativos (Gil y cols., 1990). En línea, un estudio de Zakrewska y cols. (2013) encontraron niveles más bajos de auto-regulación y niveles más altos de evitación del dolor en los pacientes con SBA que en los controles. Esto coincide con los resultados obtenidos con personas con otros tipos de dolor crónico como por ejemplo, la Fibromialgia, Migraña, Dolores de cabeza tensionales, Trastornos Musculoesqueléticos inespecíficos, etc. (Conrad y cols., 2013).

Tal y como ocurre con el SBA, Montoya y cols. (2005) encontraron que los pacientes con fibromialgia mostraron un elevado nivel de catastrofismo (o creencias pesimistas) y señalaron que estas creencias desempeñan un papel importante en lo referido al dolor, los estados depresivos, los sentimientos de inutilidad y fracaso y la aversión e ideación acerca de la muerte.

Por otra parte, en el estudio realizado por Orozco y cols. (2005) sobre estilos de afrontamiento en pacientes con Artritis Reumatoide, encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por estos pacientes fueron: desarrollo personal, resolver el problema, expresión emocional y reevaluación positiva. Las estrategias de afrontamiento que menos utilizaron fueron: búsqueda de apoyo social al problema, desconexión comportamental y negación.

Asimismo, es importante abordar el tema de la aceptación como estrategia de afrontamiento. Según Abetz y Savage (2009) la aceptación del paciente con SBA de los posibles factores psicológicos concomitantes, es un obstáculo difícil pero importante de cara a la gestión del síndrome.

Según García y Rodero (2009) se han llevado a cabo estudios de aceptación del dolor en diversas patologías, como Lumbalgias, Artritis Reumatoide, Osteoartritis o Fibromialgia (Kratz, Davis y Zautra, 2007). Los resultados indican que las personas con mayor aceptación del dolor refieren menos dolor, menos ansiedad y depresión, menor discapacidad, mayor nivel de actividad y mejor estatus laboral y, lo que es más importante, el nivel de aceptación no estaba en función del dolor, es decir, las personas no presentaban más aceptación porque tuvieran menos dolor. Otros estudios muestran que los sujetos que presentan una mayor aceptación son los que menos uso hacen de los centros de salud, toman menos medicación y presentan una mejor calidad de vida.

Por último, parece también que la aceptación es una variable que se relaciona con una mejor adaptación a la respuesta del dolor, sin importar las influencias que pudieran tener variables tales como la depresión, la intensidad del dolor o la ansiedad, y con una predicción superior a las estrategias de afrontamiento ante variables como el dolor, la depresión, la incapacidad, la ansiedad o el funcionamiento físico y psíquico (McCracken, Vowles y Eccleston, 2004).

Existen también investigaciones centradas en dilucidar cómo afrontan los enfermos de cáncer su enfermedad y la repercusión que éste tiene sobre la calidad de vida. Martín, Zanier y Garcia (2003) hallaron que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionaban negativamente con la percepción de la calidad de vida y predecían un alto porcentaje de su varianza. Estos resultados coinciden con varios estudios realizados, donde se encontró que las estrategias de aceptación estoica y desesperanza, que serían estrategias de evitación, implican consecuencias desfavorables en los pacientes (Stiebler, 1993). El fatalismo y la desesperanza se asociaron a una disminución de la calidad de vida global (Ferrero y cols., 1995).

Nos parece interesante aludir al estudio realizado por Vargas y cols. (2010) en el que, al igual que nosotros, utilizaron el inventario COPE (Carver, 1997) en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. En él se resalta que el afrontamiento tiene una connotación distinta en las diferentes culturas. En particular, en el caso del cáncer de mama, Kellison (2002) encontró que el afrontamiento a éste tiene una interpretación religiosa y espiritualista en mujeres centroamericanas y mexicanas de bajo nivel cultural, cuyas familias también mostraban un afrontamiento con matiz religioso. La influencia de las creencias religiosas sobre el afrontamiento a la enfermedad en estas pacientes ha sido estudiado también por Gall y Comblat (2002), quienes encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal.

Soriano y cols. (2010) estudiaron la personalidad y el afrontamiento en el dolor crónico neuropático. Establecieron relaciones entre las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento en este tipo de pacientes. En relación a las estrategias de afrontamiento, destacaban la religión, autocontrol mental, estrategias pasivas y baja autoafirmación, siendo esta última la más adaptativa en otros estudios realizados por algunos de estos autores (Monsalve, Soriano y De Andrés., 2006 y Monsalve y Soriano, 2002). Sotorra y cols. (2016), consideran al SBA un dolor crónico neuropático por lo que podríamos encontrar hallazgos con el estudio citado.

Solano (2013) estudió la relación existente entre percepción de dolor, bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos en personas con Artritis Reumatoide. Constató que el dolor mantiene una moderada correlación positiva con los síntomas depresivos, con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema, las estrategias de supresión de actividades competentes y postergación; además de una correlación negativa con la estrategia de enfocar y liberar emociones.

Amaya y Carrillo (2015) plantearon un estudio para determinar la asociación entre el apoyo social percibido y el afrontamiento de las personas con dolor crónico no maligno en la ciudad de Colombia. Descubrieron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: religión, autoafirmación, distracción, búsqueda de información y, por último, autocontrol mental.

Nuestra investigación tendrá también como objetivo, descubrir qué estilos de afrontamiento caracterizan a las pacientes con SBA, a la hora de hacer frente a su enfermedad y cómo repercuten estos en su calidad de vida. A su vez, indagaremos si

existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento entre las mujeres que padecen SBA y las que no.

1.4.5. Apoyo social percibido

En los últimos años, el *ambiente social* ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad y, también, como un sistema contenedor de elementos estresores y/o amortiguadores del mismo. Ello, justifica un creciente interés hacia los recursos derivados de los vínculos sociales de los individuos así como la relación existente entre las relaciones interpersonales y la salud de las personas (Fernández, 2005).

A mediados de los 70, autores como Cassel y Cobb conceptualizaron el apoyo social en términos cognitivos, teniendo en consideración la dimensión subjetiva del mismo (*apoyo percibido*), ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo pero no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado (Fernández, 2005).

Precisamente, una cuestión importante que se debate en la literatura son los efectos que el apoyo social tiene sobre la salud. Algunos autores sostienen que el apoyo social posee un efecto “directo” en la salud, mientras que otros plantean un efecto indirecto o “mediador”. En el primer caso se supone que las relaciones sociales por sí mismas fortalecen la salud y el sentimiento del bienestar con independencia del nivel de estrés que una persona pueda padecer (Langer y Rodin, 1976); en el segundo se considera que el apoyo social “amortigua” el estrés, bien porque media entre el acontecimiento estresante y la respuesta de la persona afectada, bien porque media entre la respuesta de la persona afectada y el efecto que ésta posee sobre la salud (Cohen y Syme, 1985).

El apoyo social cumple muchas funciones diferentes, las cuales podrían agruparse en tres tipos principales: una función *emocional*, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; una función *informativa*, que involucra recibir consejo y orientación, y una función *instrumental*, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Martín, Sánchez y Sierra, 2003). Aunque cada uno de estos tipos de función puede ser relevante para el bienestar del individuo, se tiende a considerar que el apoyo de tipo emocional es el más importante,

en especial en el contexto de las enfermedades graves y, en particular, en el cáncer (Trunzo y Pinto, 2003).

Se ha encontrado evidencia empírica de que el apoyo social percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo social recibido (Por ejemplo: Hengelson, 1993 y Kessler, 1991; citado por Matud y cols., 2002). El apoyo social ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. Por ello, se ha llegado a afirmar que el apoyo social insuficiente puede considerarse como un factor de riesgo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad, algo que muestran estudios epidemiológicos clásicos como los de Berkman y Breslow (1983) o House y cols. (1982). En la actualidad, se considera que la escasez de apoyo social es un factor de riesgo para la salud que posee un peso al menos comparable a factores tan bien establecidos como el fumar, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad y la escasa actividad física (Kiecolt, Mcguire, Robles y Glaser, 2002).

Aunque los efectos generalmente positivos del apoyo social en el bienestar emocional y en la salud están bien documentados, no existe un acuerdo total respecto a cuáles son las fuentes más efectivas de apoyo social, si los miembros de la familia, amigos o compañeros (Barra, 2004).

Según Ponce y cols. (2009) entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiéndose que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico; y b) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Investigaciones realizadas en población con enfermedad crónica, muestran el impacto que el apoyo social tiene, y documentan resultados positivos en relación con el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control de estrés, disminución de la ansiedad, la depresión y el aislamiento, generados por la experiencia de cronicidad (Amaya y Carrillo, 2015).

En relación al Síndrome de la Boca Ardiente, no hay que olvidar que entre los factores psicosociales considerados secundarios al síndrome, Palacios y cols. (2011) destacaban la inadaptabilidad social y el aislamiento.

Por otro lado, varios estudios describen la alexitimia como otro factor importante que podría estar relacionado con este síndrome (Jerlang, 1997; Marino y cols., 2015). La alexitimia está definida como la dificultad o imposibilidad para expresar las emociones, los sentimientos, los deseos y las necesidades que suele darse como una reacción a una experiencia en la vida que excede la capacidad de adaptación y aceptación de una persona (Palacios, 2010). A su vez, las deficientes habilidades sociales de los sujetos alexitímicos afectan al tamaño de su red de apoyo social, que es reducida, a la percepción que tienen del mismo, que es baja, y a las relaciones de proximidad con sus integrantes, que son débiles (Lumley y cols., 1996; Velasco y cols., 2001).

Sin embargo, en relación al dolor crónico de origen no maligno, Parker y cols. (1984), realizaron un análisis de la educación al paciente con Artritis Reumatoide y concluyeron que el apoyo profesional que proporciona conocimiento acerca del proceso de enfermedad y factores protectores, permite a las personas detectar sus capacidades físicas e interpretar su dolor.

Pastor y cols. (1994), evaluaron el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico y evidenciaron que el apoyo social de la familia se constituía como variable predictiva de la ansiedad, depresión y el dolor.

Asimismo, un estudio descriptivo trasversal realizado por Ubago y cols. (2005), entre otras variables, evaluó la presencia de apoyo social en pacientes con Fibromialgia, de forma que el 71% consideraba tener apoyo social. El 52%, de las personas que afirmaron sentirse arropadas por los demás, informaban que esta fuente de ayuda provenía de la pareja, el 36,8% consideraba que era de los familiares y el 11,2% de amigos y amigas.

El análisis general del apoyo social percibido por personas con dolor crónico no maligno es, en general, alto. Esta percepción de apoyo se materializa en que se sienten acompañadas, escuchadas, comprendidas y, en definitiva, aceptadas (Amaya y Carrillo, 2015).

Se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y es más importante la percepción que tiene el paciente

de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe. La percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Vega y González, 2009).

Como se ha expuesto, la bibliografía que aborda las relaciones entre apoyo social y salud es amplia, a pesar de lo cual se desconoce “cuál es el ingrediente” que hace que el apoyo social muestre resultados beneficiosos para la salud. Asimismo, podríamos afirmar, que existe una relación evidente entre salud y relaciones interpersonales satisfactorias, tanto si el apoyo proviene de la familia como de amigos o profesionales.

No obstante, presuponemos una baja percepción de apoyo social en las pacientes con SBA. Sin embargo, al no haber estudios que hablen sobre la relación directa entre esta variable y el síndrome, uno de nuestros objetivos será indagar sobre ello.

1.4.6. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

La calidad de vida es un concepto que se ha instalado dentro del campo de la salud desde hace relativamente poco tiempo. El modelo biomédico tradicional no consideraba que la salud pudiera estar influida por el estado de ánimo, las estrategias o mecanismos de afrontamiento y el apoyo social. Sin embargo, como hemos ido indicando y, posteriormente veremos, serán los mismos pacientes los que consideren estos factores como fundamentales a la hora de evaluar su calidad de vida.

Con anterioridad, tan sólo se consideraban válidos los datos objetivos, es decir, aquellas observaciones que pudiera realizar el equipo médico sin tener en cuenta los datos provenientes del paciente a nivel subjetivo.

A finales del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se convirtió para muchos investigadores, en un tema central a investigar, poniendo el acento en la necesidad de incluir en las evaluaciones de salud, la percepción que tienen los pacientes de sí mismos respecto su nivel de bienestar.

Hoy en día, se intenta superar esta controversia otorgando mayor peso a los datos subjetivos que reflejan sentimientos, emociones, percepciones y, que de una manera u otra, el sujeto percibe que condicionan su bienestar. Sin embargo, la percepción que tienen los individuos sobre su estado de bienestar depende, en gran medida, de sus propios valores y creencias, del contexto cultural y de su historia personal.

Es evidente, que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. (Schwartzmann, 2003).

La calidad de vida, globalmente considerada, es algo difícil de definir, y depende en gran medida de la escala de valores por la que cada individuo ha optado, más o menos libremente, y de los recursos emocionales y personales de cada uno. Además, está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales y se modifica, con el paso del tiempo, para un mismo individuo (Arostegui y Núñez, 2008).

Está claro que el concepto de calidad de vida que tiene cada individuo tiene mucho que ver con la cultura en la que está inmerso, los patrones de conducta aprendidos en la infancia y el nivel de expectativas que tenga en cada momento. Es por ello, que las investigaciones de CVRS no puedan obviar los aspectos antropológicos y culturales.

Smith, Avis y Assman (1999; citado por Alfonso, 2010) realizaron un metaanálisis relacionando los constructos calidad de vida y percepción del estado de salud, encontrando que ambos son distintos desde la perspectiva de los pacientes, ya que, al evaluar calidad de vida, los pacientes lo hacen dando más importancia a su salud mental que al funcionamiento físico, sucediendo lo contrario al evaluar el estado de salud.

La mejor forma de medir la CVRS es utilizar un enfoque multidimensional, valorando tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud (Testa y Simonson, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió, hace ya varias décadas, la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad (*World Health Organization*, 1952). La subjetividad es un aspecto clave que determina la definición del término “Calidad de Vida”. Ésta va referida al bienestar que el individuo experimenta en todas las áreas de la vida que pueden ser afectadas por la enfermedad, entendiendo ésta en sentido amplio. La evaluación debe incluir dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, no es habitual para realizar un diagnóstico y un adecuado plan de tratamiento, analizar el impacto que estas dimensiones tienen en la vida de las personas.

Actualmente, existen algunos instrumentos disponibles capaces de medir el impacto funcional y psicosocial que las enfermedades bucales tienen sobre la calidad de vida de las personas. La mayoría de ellos fueron empleados con población adulta y anciana.

Varios autores internacionales han tratado de determinar la relación que existe entre la salud oral del adulto mayor y la calidad de vida de éste. Así, Locker y Slade (1993; citado por Montes, 2001) establecen que el dolor oral es un factor importante de predicción del impacto psicosocial de la salud oral en el adulto mayor. Además, informan que los pacientes de bajo nivel socioeconómico sufren más problemas de dolor oral.

El estudio realizado por Esquivel, Jiménez, González y Gazano (2006), tuvo como objetivo evaluar el efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores que se encontraban en asilos y fuera de ellos. Estos autores concluyeron que los adultos mayores tienen una percepción muy pobre de su salud bucal y medianamente positiva de su calidad de vida y que la depresión es un trastorno que afecta a la percepción de salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores que la padecen.

Los estudios que miden la calidad de vida relacionada con la salud bucal, muestran que ésta, está relacionada con todos los dominios evaluados en los cuestionarios, ya que las puntuaciones más altas se encontraron en los dominios de síntomas orales, seguido por el de limitaciones funcionales y, por último, por los de bienestar emocional y social (Abanto, Bönecker y Raggio, 2010).

Habitualmente, los profesionales consiguen información sobre la salud bucal del paciente mediante la historia clínica, la exploración física y las analíticas de laboratorio. Tradicionalmente, el enfoque que utilizaban para efectuar la anamnesis no estaba basado en preguntas estandarizadas sobre los aspectos sociales, físicos, personales o la percepción subjetiva de salud por parte del paciente. Sin embargo, para realizar una evaluación global del paciente, es aconsejable obtener datos cuantificables e información útil que nos permita establecer un diagnóstico y elegir un tratamiento adecuado. Para ello, es fundamental aunar la información clínica obtenida (anamnesis y pruebas de laboratorio) con los datos resultantes de las pruebas psicométricas que miden calidad de vida relacionada con la salud, tanto genérica como específica de una enfermedad. Medir la calidad de vida relacionada con la salud ofrece al profesional una

información valiosísima sobre cómo los medicamentos, la cirugía y otras formas de terapia actúan en la práctica.

La salud bucal no se puede separar de la salud. Actualmente, la salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad (Castrejón, Borges, Irigoyen, 2010).

Por otro lado, se ha encontrado que los trastornos orales restringen las actividades en la escuela, en el trabajo y en la casa; y que las enfermedades de la boca causan sufrimiento y la pérdida de innumerables horas de trabajo por día en el mundo (Petersen, 2003). Por tanto, no se trata únicamente de curar, sino de conseguir que el paciente tenga calidad de vida y piense que la vida, merece la pena vivirla.

Desde la década de 1970, se han diseñado diversos instrumentos para evaluar el efecto negativo que provocan las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida de las personas (Castrejón, Borges e Irigoyen, 2010).

El instrumento denominado perfil de impacto de la salud bucal (*Oral Health Impact Profile*, OHIP), se ha utilizado ampliamente en diversos países y está considerado como uno de los más avanzados y completos hasta la fecha (Bae y cols., 2007; Slade, 1997). Fue desarrollado con la finalidad de medir el efecto que los trastornos bucodentales ocasionan en las actividades de la vida diaria de los pacientes a partir de su experiencia (Slade y Spencer, 1994; Slade, 1997). El OHIP se basa en el autoinforme de la disfunción, la incomodidad y la incapacidad atribuidas a esos trastornos, y parte del marco conceptual de la enfermedad y sus consecuencias funcionales y psicológicas (Castrejón, Borges e Irigoyen, 2010). Este instrumento no evalúa aspectos positivos, por lo que todos los efectos que mide se consideran resultados adversos de los problemas de salud bucal (Slade, 1997).

El cuestionario se ha utilizado para medir la calidad de vida en pacientes con el Síndrome de Boca Ardiente (SBA) y compararlos con un grupo de controles sanos (López, Fabio, Camacho y Lucero, 2008). Los autores concluyeron que el OHIP-49 puso de manifiesto diferencias significativas entre ambos grupos.

Los pacientes con SBA manifiestan que en sus vidas existen muchas alteraciones, en lo que se refiere a relaciones personales, capacidad física, estado emocional, salud mental, rol social, etc., todo ello, probablemente, a consecuencia de las manifestaciones que acompañan a dicho síndrome (López, Camacho y Lucero, 2008;

López, Camacho y Lucero, 2009; López, Camacho y Andújar, 2011; Riordain y cols., 2010).

López, Camacho y Lucero (2009) utilizaron el cuestionario de calidad de vida percibida (SF-36), con el objetivo de medir el impacto de la enfermedad de la mucosa oral en la calidad de vida en un total de 279 pacientes con patología oral: 63 con xerostomía, 60 con Síndrome de Boca Ardiente, 100 liquen plano oral, 41 estomatitis aftosa recidivante, 15 con otros desórdenes de la mucosa oral y 100 individuos sanos usados como Grupo Control. Encontraron diferencias significativas entre los grupos en cada uno de los ocho dominios que evalúa la prueba, excepto en el dolor corporal. Los pacientes con SBA puntuaban más bajo en la subescalas de función física, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, emocional y salud mental en comparación con los otros grupos (López, Camacho y Lucero, 2009).

Riordain y cols. (2010), llevaron a cabo una investigación con la finalidad de determinar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en un grupo de pacientes diagnosticados de SBA y evaluar si las intervenciones de tratamiento tuvieron un efecto positivo en la misma. Para ello, escogieron una muestra de treinta y dos pacientes (26 mujeres, 6 hombres) con una edad media de 61 años. Se concluyó que el síndrome de boca ardiente tenía un impacto negativo en la CVRS, sin embargo, un tratamiento individualizado del paciente pudo dar lugar a una mejora de la misma.

En consonancia con los resultados anteriores, se encuentran los obtenidos en la investigación de De Souza y cols. (2011) cuyo objetivo fue comparar la calidad de vida de los pacientes con SBA y los controles sanos, utilizando los cuestionarios OHIP-49 y SF-36. Los pacientes con SBA ven afectada en mayor medida su calidad de vida.

Spanemberg y cols. (2012) emplearon el cuestionario *Who Quality of Life* (WHOQOL-26), que es el instrumento abreviado de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, para determinar el impacto del SBA sobre la calidad de vida de los pacientes. Seleccionaron una muestra de 58 pacientes diagnosticados de SBA y 58 controles sanos. La puntuación global de la WHOQOL-26 fue significativamente menor en el grupo con el trastorno. Los pacientes con SBA mostraron puntuaciones significativamente más bajas en comparación con los controles en relación a las variables psicológicas y físicas del instrumento. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ellos en lo referido a las variables social y medio ambiente.

Si bien muchos estudios han evaluado diferentes aspectos del SBA, como hemos señalado repetidamente, su etiología y patogenia sigue sin conocerse. Aunque

presuponemos que este síndrome puede tener un impacto negativo en el bienestar psicológico del paciente y afectar su calidad de vida (Silvestre y cols., 2015), no existen demasiadas investigaciones que tengan como objetivo demostrar hasta qué punto la calidad de vida es un factor predisponente o consecuente de esta enfermedad. Es por eso que en nuestro trabajo de investigación, intentaremos analizar el impacto que el Síndrome de la Boca Ardiente tiene sobre la calidad de vida.

1.4.7. Síntomas psicológicos generales

Nos parece especialmente interesante en la investigación que abordamos, el estudio de los síntomas psicológicos, ya que, independientemente de la relación que pueda haber entre ellos y el SBA, están presentes en mayor o menor medida en las variables anteriormente comentadas (dolor, sucesos vitales estresantes, personalidad, afrontamiento y calidad de vida). No obstante, dependerá de la idiosincrasia de cada individuo, su personalidad y sus estrategias de afrontamiento el que tengan mayor, menor o ninguna relevancia.

El dolor crónico está asociado a malestar emocional significativo, que incluye síntomas de depresión, ansiedad, ira e irritabilidad, o trastornos psicopatológicos. Es frecuente que cuando los hallazgos físicos que explican el dolor no estén del todo esclarecidos o que el paciente no responda al tratamiento se le etiquete o culpe de magnificar las quejas por sus médicos, familiares, amigos o personas del trabajo, o al menos él o ella lo sientan así. Existe una fuerte asociación entre dolor y depresión (Arnold y cols., 2006; Ohayon y Schatzberg, 2003). La evaluación de la depresión en pacientes con dolor crónico es un desafío, debido a que muchos de sus síntomas son consecuencia del propio dolor o del tratamiento médico (Gallagher y Verma, 2004). Del mismo modo, la ansiedad presente en el enfermo de dolor crónico puede aumentar la tensión muscular y la activación fisiológica que a su vez retroalimenta el dolor (Olivares y Cruzado, 2008).

Existe una línea de investigación que intenta encontrar relaciones entre perfiles o patologías de personalidad y el padecimiento del dolor crónico. De manera general, los resultados de estas investigaciones encuentran que las psicopatologías más relacionadas con el dolor crónico son la depresión y la ansiedad (Catala, 2002; Fishbein, 2000), así como los perfiles histéricos, neuróticos e hipocondríacos (Breslau, Chilcoat y Andreski, 1996; Hansen, Sorensen y Schroll, 1995).

La presencia de depresión en una condición de dolor persistente se asocia con mayor intensidad del dolor y constituye un potente factor de riesgo de incapacidad (Linton, 2000). Se estima que un 52% de los pacientes con dolor persistente cumplen con el criterio de diagnóstico para depresión (Bair y cols., 2003). A su vez, la depresión previa a la enfermedad estaría asociada a peores resultados en la rehabilitación del paciente.

Un estudio realizado por Dersh, Gatchel y cols. en 2006 determinó la prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes con incapacidad crónica ocupacional, debido a patología de columna (n=1329) al ser comparados con la población general. La mayoría de los pacientes (65%) fue diagnosticada con al menos un trastorno psicopatológico actual, esto comparado con sólo el 15% en la población general.

Es un hecho la elevada probabilidad de concomitancia de sintomatología psicológica en los pacientes de dolor crónico (Dersh, Polatin y Gatchel, 2002; Gatchel y Turk, 1999), lo que ha llevado a distintos autores a considerar cualquier manifestación emocional asociada al dolor en una dimensión común que reflejaría la experiencia afectiva de estos pacientes: el malestar emocional, afecto negativo o distrés psicológico (Nelson y Novy, 1997; Robinson y Riley, 1999; Smith, 1999). En línea, la investigación respecto al estado emocional, considerado como una dimensión general ha dado lugar a resultados importantes. Por ejemplo, se ha encontrado que el estado emocional del paciente es un buen predictor del éxito de tratamientos multidisciplinarios (Burchiel, Anderson y Wilson, 1995; Junge, Dvorak y Ahrens, 1995; Riley y cols., 1995). Por otro lado, el afecto negativo parece predecir de forma significativa la cronificación de una lesión (Gatchel, Polatin y Kinney, 1995; Klenerman, Slade y Stanley, 1995) o la frecuencia de uso del sistema sanitario y los costes asociados (Engel, Van Korff y Katon, 1996).

Es de gran importancia resaltar que algunos estudios han podido demostrar que el malestar emocional, más aún que el dolor autoinformado, influye en el grado de incapacidad funcional de los pacientes (Turk y Okifuji, 1996; Verma y Gallagher, 2000).

La literatura revisada nos habla de la asociación existente entre el Síndrome de la Boca Ardiente y diversas anormalidades psicológicas como depresión, ansiedad, hipocondría, cancerofobia, somatización, obsesión y hostilidad (Bergdhal, Anneroth y Perris, 1995; Grushka, Epstein y Mott, 1998; Rojo, Silvestre y Bagan, 1993). Pero, como ya apuntábamos en un principio, donde mayor controversia parece existir es si

estos síntomas psicopatológicos son predisponentes, precipitantes o mantenedores del síndrome.

Bergdhal y colaboradores (1995) demostraron una presencia frecuente de cambios psicológicos en estos pacientes. Los cambios más comunes fueron: depresión, ansiedad, inadaptabilidad social e inestabilidad emocional. Observaron en sus pacientes un menor nivel de socialización, mayores niveles de ansiedad somática, tensión muscular, mayor tendencia a preocuparse por su salud y más pensamientos de tristeza cuando se comparaban con pacientes control, encontrándose importantes diferencias en cuanto a personalidad y funcionamiento psicológico. En línea, Paterson y cols. (1995) aludían a que los pacientes que padecen el síndrome suelen presentar tensión psíquica y ansiedad y el ardor bucal puede ser una somatización de sus conflictos internos.

Galli y colaboradores (2016) realizan una revisión sistemática de la investigación acerca de los factores psicológicos, psiquiátricos y/o factores de personalidad relacionados con SBA. Lo que demuestra la literatura existente es que la ansiedad y la depresión juegan un papel crítico en este síndrome. En la mayoría de los estudios revisados, los pacientes SBA cumplen criterios de ansiedad patológica y depresión (Lamey y cols., 2005; Marino y cols., 2015 y Sardella y cols., 2006).

El STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) y el HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) han sido las pruebas utilizadas con mayor frecuencia: tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado fueron más prevalentes en los pacientes con SBA que en los controles sanos en dos estudios (De Souza y cols., 2012; Schiavone y cols., 2012). En concreto, tres estudios, unos que emplean el HADS (Scala y cols., 2003; Lamey y cols., 2005) y otro que emplea el BAI (*Beck Anxiety Inventory*) (Amenabar y cols., 2008), refieren que la ansiedad era más común entre las personas con SBA en comparación a los controles.

La depresión se midió por seis estudios que utilizan diferentes herramientas de diagnóstico, incluyendo la HADS, BDI (*Beck Depression Inventory*) (De Souza y cols., 2012 y Tokura y cols., 2015), y la escala abreviada HAM-D (*Hamilton Depression Rating Scale*) (De Souza y cols., 2012, y Schiavone y cols., 2012). Todos, encontraron que la depresión tuvo significativamente más prevalencia entre las personas con SBA que entre los controles.

De acuerdo con estos estudios, alteraciones psicológicas tales como trastornos de la personalidad, inestabilidad emocional, aislamiento social, introversión, baja autoestima, tendencia a la preocupación, neurosis, vulnerabilidad, afecto negativo,

satisfacción vital baja, excesiva preocupación por la salud, obsesión-compulsión y psicoticismo se asocian con el SBA (Cheul, 2015).

Hay que destacar los pocos estudios (Taiminen y cols., 2011; Takenoshita y cols., 2010) que comparan a los enfermos de SBA con pacientes con otros tipos de dolor crónico (dolor facial atípico y odontalgia atípica) por lo que no se aclara la etiología específica del SBA. Tal y como informan estos, no hay diferencias en la prevalencia de la ansiedad y la depresión entre las personas con esta patología y aquellos con otras patologías. No obstante, una investigación (Komiyama y cols., 2012) que dividió la muestra entre aquellos con SBA aguda y SBA crónico, encontraron una mayor prevalencia de la depresión (y somatización) entre los que tienen el SBA crónico.

Asimismo, tanto la ansiedad como la depresión son comunes en los pacientes afectados por trastornos de dolor crónico, tales como el Síndrome del Intestino Irritable, dolor de cabeza recurrente, Fibromialgia, Dolor Crónico de Espalda, y el Síndrome de Fatiga Crónica (De Heer y cols., 2014).

Donde parece existir mayor controversia es en la cuestión de si las alteraciones psicopatológicas son causa o efecto del SBA. En la actualidad es un dilema que sigue sin resolverse. Bien es verdad que existen algunas evidencias acerca de que las primeras preceden al último. Autores como Taiminen y cols. (2011) y De Souza y cols. (2012 y 2015) examinaron el historial de síntomas psicopatológicos y encontraron que el inicio de la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada precede a la aparición del síndrome en casi 80% de los casos.

Ante la evidencia de la significación de las variables psicopatológicas respecto al Síndrome de la Boca Ardiente, surge el desconocimiento acerca del papel que juegan dichas variables en relación al resto de los factores relevantes en el estudio del dolor.

En definitiva, en lo que se refiere al dolor crónico en general, y al Síndrome de la Boca Ardiente en particular, resulta evidente la fuerte asociación existente entre el dolor y distintas manifestaciones emocionales, entre las que destaca la depresión y la ansiedad. Al respecto, se ha visto que la relación entre la percepción del dolor y dichas variables emocionales podría venir mediada por procesos cognitivos como la focalización atencional o el catastrofismo, y/o conductuales a los que aludíamos anteriormente (apartado 1.4.4.).

1.4.8. Planteamiento de objetivos y predicciones del estudio

El **objetivo general** del estudio se dirige a explorar un conjunto de aspectos psicosociales en mujeres que han sido diagnosticadas con SBA y establecer las semejanzas y/o diferencias que se encuentran en ellas cuando son comparadas con mujeres libres de patologías y molestias orales. Los aspectos psicosociales evaluados en las mujeres cubren diversas áreas: (i) como en otras patologías caracterizadas por el dolor crónico, se ha evaluado exclusivamente en mujeres con SBA diferentes aspectos relacionados con el dolor; (ii) los acontecimientos vitales estresantes experimentados por las mujeres así como su impacto; (iii) sus características de personalidad, tanto temperamentales (Extraversión y Neuroticismo) como cognitivas (afrontamiento y apoyo social percibido); (iv) su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS); y (v) los síntomas psicopatológicos generales que las caracterizan. Los aspectos incluidos en (ii), (iii), (iv) y (v) fueron evaluados en las mujeres con SBA y en aquellas mujeres libres de patología oral.

Este objetivo general se articularía en los siguientes **objetivos específicos**, a saber:

1. Identificar las diferencias psicosociales que se observan entre mujeres que padecen SBA y mujeres libres de molestias y patología oral en las áreas anteriormente mencionadas.
2. Establecer si el tipo de SBA (Tipo I vs Tipo II) diagnosticado a las mujeres representa una variable de interés que permite aislar diferencias psicológicas entre ellas.
3. Describir en profundidad las características que identifican a las mujeres que padecen SBA, centrándonos en su percepción de la experiencia de dolor y el resto de aspectos psicosociales considerados en este estudio.

Las hipótesis que derivarían de estos objetivos serían las siguientes:

- 1.1. En línea con la bibliografía revisada se espera que las mujeres diagnosticadas con SBA hayan experimentado significativamente más estresores vitales que las mujeres sin patología oral. Ahondado en ello, diferentes estudios sugieren una tipología específica de estresores específicos como más característicos de estas mujeres, i.e. *estresores relacionados con la muerte de seres queridos* (Adamo y cols., 2015; Cahuana y cols., 2014;

Cheul, 2015; Feinmann y Harris, 1984; Hakeberg y cols. 2003; Hammaren y Hugoson, 1989; Lamey y cols., 2005; Soto, Rojas y Esguep, 2004; Svensson y Kaabe, 1995; Yue y cols., 1999).

1.2. Al igual que en el caso de otras mujeres que conviven con el dolor crónico, esperamos que las mujeres incluidas en el grupo con SBA obtenga respectivamente puntuaciones significativamente más altas en Neuroticismo (N) y más bajas en Extraversión (E) que el grupo de mujeres sin patología oral, tal y como respaldan algunas investigaciones (Al Quran y Jordan, 2004; De Souza y cols., 2015; Femiano, Gombos y Skully, 2004; Maina y cols. 2005; Merigo y cols., 2007; Miranda y Miranda, 2010; Zakrweska, 2013).

1.3. A su vez, se espera que las mujeres con SBA utilicen más estrategias de afrontamiento centradas en la desconexión psicológica del problema o escape cognitivo a diferencia de las mujeres sin patología oral. Este resultado sería lógico e incluso como estrategia de adaptación podría considerarse positiva ya que tratamos con una condición dolorosa (SBA) que si bien no resulta vivenciada de forma tan intensa como otras (Artritis Reumatoide y Fibromialgia), sí que lleva aparejada una cronicidad considerable (Conrad y cols., 2013; Solano, 2013; Soriano y cols., 2010; Zakrewska y cols., 2013).

1.4. Por lo que se refiere a la percepción del apoyo social, entendemos que este será significativamente menor en las mujeres con SBA en comparación con aquellas libres de patología oral. Entendemos que los “problemas de la boca”, tradicionalmente en las mujeres se han relacionado con una percepción más negativa, no sólo por parte de los demás sino por parte de las propias mujeres. A diferencia de otras patologías dolorosas típicas de las mujeres, que pueden llegar a suscitar empatía o requerir una ayuda o atención más minuciosa que hagan percibir a la mujer que se siente apoyada, el SBA más bien llega a generar una percepción opuesta: por un lado, los demás no entienden las molestias que de forma continuada se experimentan, por otro, a medida que la dolencia se prolonga en el tiempo la mujer deja de

buscar el apoyo de los demás. (Amaya y Carrillo, 2015; Oteo, 2010; Ubago y cols., 2005; Vega y González, 2009).

1.5. Teniendo en cuenta la CVRS de las mujeres y, en línea con otras investigaciones (Abanto, Bönecker y Raggio, 2010; De Souza y cols., 2011; López, Camacho y Lucero, 2009; Riordainy cols., 2010; Silvestre y cols., 2015; Spanemberg y cols., 2012), se espera que esta sea más pobre en las mujeres con SBA que en aquellas libres de patología oral. Teniendo en cuenta las dimensiones evaluadas por el SF-36 y el tipo de limitaciones que presentan estas mujeres, por lo que se refiere a la calidad de vida física, esperamos que sus puntuaciones sean significativamente peores en las dimensiones de dolor y salud general. En cuanto a la calidad de vida mental, esta se verá más sensiblemente afectada que la calidad de vida física teniendo en cuenta las peculiaridades del SBA mencionadas en 1.4.

1.6. Ahondando en la salud mental de las mujeres, se espera que las mujeres con SBA presenten un perfil psicopatológico diferente a las mujeres sin patología oral. Esperamos que las mujeres diagnosticadas de SBA sigan un perfil de personas ansiosas, estresadas, con un gran potencial psicógeno, deprimidas, hipocondriacas, tal y como manifiesta la literatura (Amenábar y cols., 2008; Bergdhal, Anneroth y Perris, 1995; Buljan, Savic y Karlović, 2008; Cheul, 2015; De Souza y cols., 2012; Komiyama y cols., 2012; Lamey y cols., 2005; Marino y cols., 2015; Paterson, 1995; Sardella y cols., 2006; Schiavone y cols., 2012; Somacarrera y cols. 1998; Taiminen y cols., 2011; Takenoshita y cols., 2010; Tokura y cols., 2015).

2.1. En términos generales, esperamos unos peores resultados (más influencias negativas del dolor, síntomas psicológicos y peor CVRS) en relación con el Tipo II de SBA. La literatura nos muestra diferentes estudios que sugieren una mayor presencia de ansiedad crónica y mayor resistencia al tratamiento en el Tipo II (Lamey, 1996; Pinto, Sollecito y De Rossi, 2003). Recordemos que en el tipo II las molestias se experimentan desde el principio de la mañana hasta la noche.

3.1. Se espera que las puntuaciones obtenidas en los factores de dolor evaluados por el WHYMPI sean “más favorables” (menor perturbación en los diferentes aspectos evaluados) en el grupo de mujeres diagnosticado con SBA que en grupos de mujeres que presentan otras patologías dolorosas, como es el caso de las mujeres diagnosticadas con Fibromialgia (FM) y con Artritis Reumatoide (AR). (Buljan, Savic y Karlović, 2008; Castillo y Aldape, 2006; Danhauer, Miller, Rhodus y Carlson, 2002; Eguía del Valle y cols., 2003; Femiano, Gombos y Scully, 2003).

3.2. En términos de las variables evaluadas en esta investigación, esperamos una estructura correlacional entre los aspectos relacionados con el dolor y el resto de variables psicosociales que adquiriría la siguiente configuración general: (i) Una pauta según la que aspectos del dolor tales como su intensidad, el malestar general que provoca, los cambios personales y sociales a los que puede dar lugar, la interferencia que produce sobre la actividad o su influencia en las tareas cotidianas, covariarán positivamente con la cantidad de estresores experimentados por las mujeres y su impacto, con su nivel de inestabilidad emocional (N), con el uso de estrategias pasivas de afrontamiento y con diversos síntomas psicológicos generales, entre los que destacarían la ansiedad y la depresión. (ii) Un patrón correlacional negativo de esos aspectos del dolor con el nivel de extraversión (E), el apoyo social y la calidad de vida relacionada con la salud, tanto física como mental. (iii) Por lo que se refiere concretamente a la dimensión de dolor de autocontrol percibido, esperamos patrones con signo opuesto a los señalados en (i) y (ii).

3.3. Dado el patrón correlacional hipotetizado, suponemos que las dimensiones de dolor evaluadas a través del WHIMPY, las estrategias de afrontamiento características de las mujeres y el apoyo social percibido, funcionarán como variables mediadoras entre el nivel de estresores experimentados por las mujeres, así como entre su personalidad básica (temperamento) y variables de resultados importantes tales como su calidad de vida física o su salud mental.

CAPÍTULO II

En este capítulo se describe el diseño y la muestra; se detallan las características de los instrumentos utilizados para la obtención de los datos así como el procedimiento seguido en el estudio y, finalmente, se mencionan los análisis estadísticos realizados.

2.1. Diseño

Se plantea un diseño correlacional con la participación de dos grupos: un grupo compuesto por 59 mujeres diagnosticadas de SBA y un Grupo de Control compuesto por 85 mujeres libres de patologías orales.

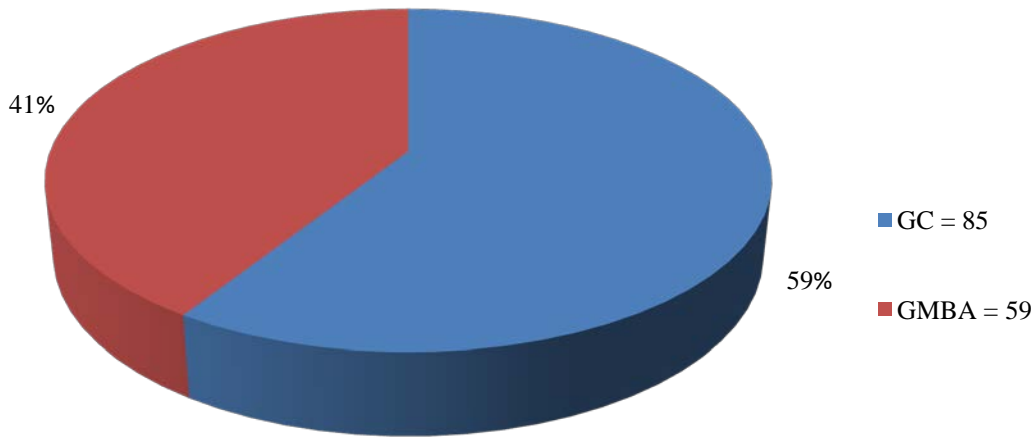
Para la inclusión de las pacientes en este estudio, siguiendo los criterios diagnósticos de Lamey (1996) y Silvestre (1997), las mujeres debían mostrar un cuadro clínico compatible con el Síndrome de la Boca Ardiente y presentar “una sensación de quemazón, ardor y/o dolorosa, crónica, continua o no a lo largo del día, localizada en diferentes lugares de la cavidad oral y con una mucosa aparentemente normal a la observación clínica, que no muestra cambios histológicos que puedan explicar la aparición de los síntomas”.

Sin embargo, para la inclusión de los sujetos en el Grupo Control, se tuvo en cuenta a mujeres sanas y de edad similar que el grupo SBA. Estas mujeres acudían a la revisión periódica de su estado dental, y no estaban recibiendo tratamiento en el momento del estudio.

2.2. Descripción de la muestra

En la investigación, han participado un total de 144 mujeres que, a su vez, aparecen distribuidas en dos grupos: un grupo de mujeres diagnosticadas de Síndrome de Boca Ardiente (GSBA) compuesto por 59 mujeres que acudieron al Servicio de Estomatología del Hospital Universitario Dr. Peset Alexandre (Valencia), y un Grupo de Control (GC) compuesto por 85 mujeres, sanas, que acudían a su revisión dental periódica. Las 59 mujeres pertenecientes al GSBA, constituyen un 41% de la muestra total y las 85 mujeres, pertenecientes al Grupo Control, al 59% restante (Gráfico 2).

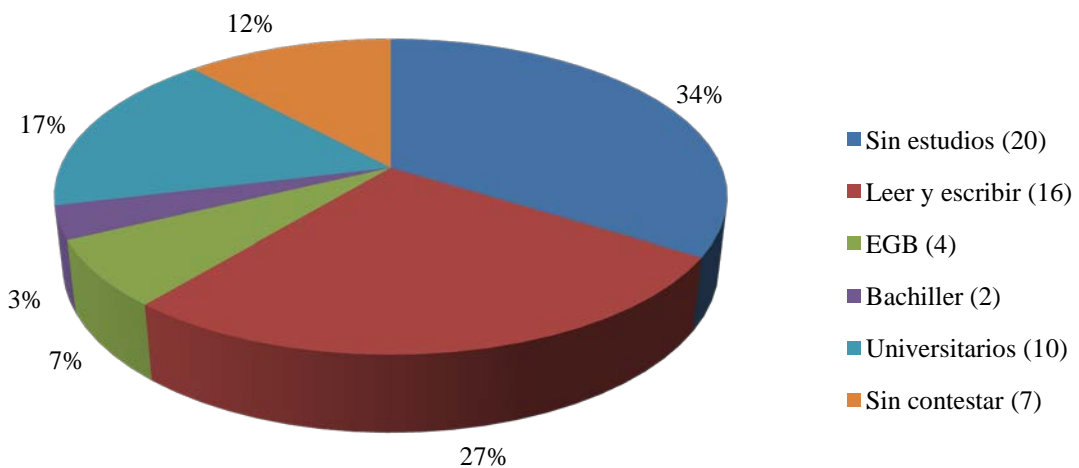
Gráfico 2. Distribución de la muestra



En cuanto a la *edad*, los dos grupos que han participado en este estudio no se diferencian en edad siendo las medias y desviaciones para el SBA de $M= 63,73$ y $D=12,61$, y para el Grupo de Control de $M=60,80$ y $DT=8,90$ ($t=-1,54$).

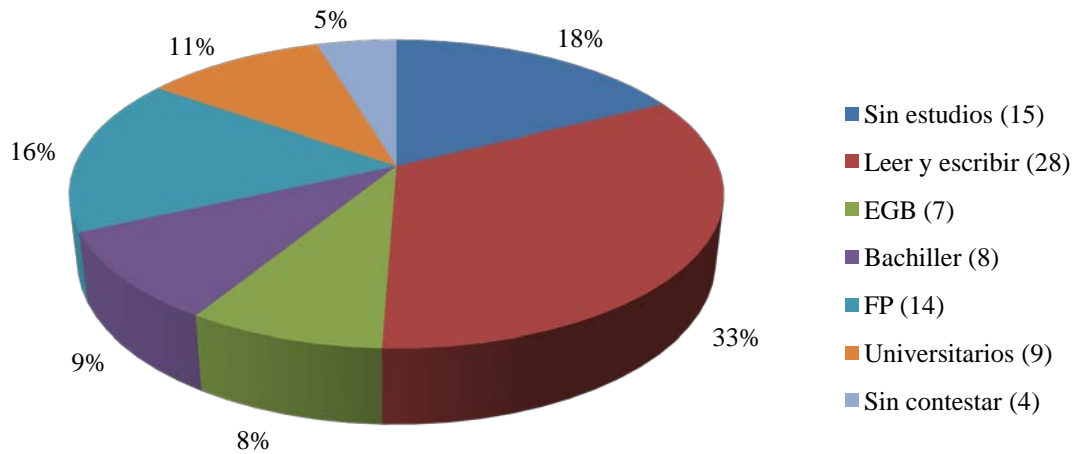
Por lo que se refiere al *nivel de estudios*, la descripción se muestra en los gráficos 3 y 4:

Gráfico 3. Nivel de estudios (SBA)



Como podemos observar, la mayor parte de las pacientes pertenecientes a este grupo no tienen estudios (34%), o saben leer, escribir y realizar operaciones aritméticas básicas (27%). El 17% de las pacientes tienen estudios universitarios, el 7% estudios de EGB y el 2% restante estudios de Bachiller.

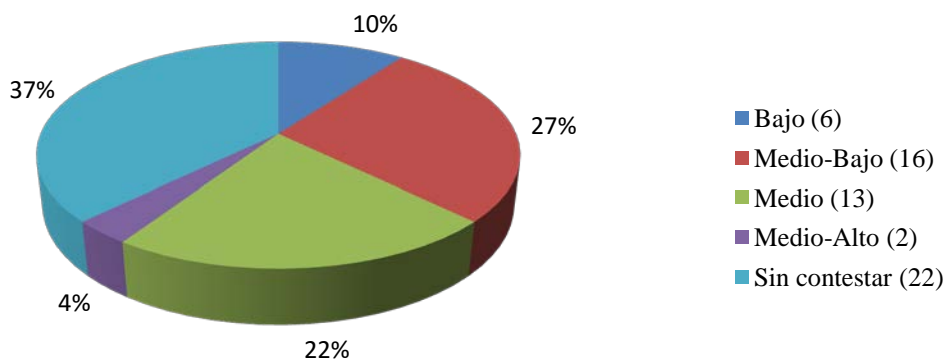
Gráfico 4. Nivel de estudios (GC)



A diferencia del grupo de Boca Ardiente, la mayor parte de las mujeres pertenecientes al Grupo Control tienen estudios mínimos (leer y escribir y operaciones aritméticas básicas) alcanzando un porcentaje del 33%. Un 18% de las mujeres no tienen estudios. El 11% tienen estudios universitarios, el 16% posee estudios de formación profesional. Un 8% de las mujeres han cursado estudios de EGB. Finalmente, un 8% de las mujeres posee estudios de Bachiller.

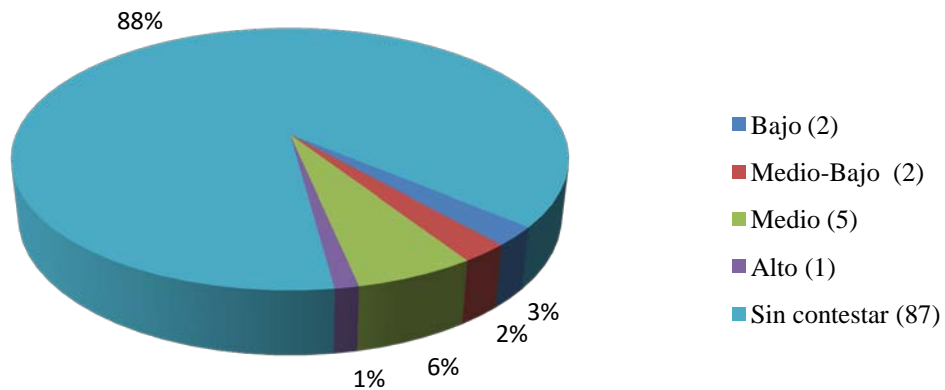
Por otra parte, el *nivel socioeconómico* de ambos grupos se muestra en los gráficos 5 y 6:

Gráfico 5. Nivel socioeconómico (SBA)



Respecto al nivel socioeconómico, encontramos que el 27% de las pacientes presentan una situación económica media-baja, el 22% señalan tener un status económico medio, el 10% informan de una situación económica baja y, finalmente, el 4% una situación económica media-alta.

Gráfico 6. Nivel socioeconómico (GC)



Respecto al nivel socioeconómico, y en relación con las mujeres que contestaron esta pregunta, podemos observar en el Grupo Control que la mayor parte de las mujeres pertenecían a un nivel medio (6%). En segundo lugar el 2% a un status económico medio-bajo. Un 3% informan de un nivel bajo y un 1% pertenecen a un nivel socioeconómico alto.

En términos generales podríamos decir que ambos grupos se diferencian en cuanto al nivel de estudios y el nivel socioeconómico. La mayor parte de las mujeres con SBA no presentan estudios y pertenecen a un nivel socioeconómico medio-bajo. Sin embargo la mayor parte de las mujeres del Grupo de Control dicen tener estudios mínimos (leer y escribir) y pertenecer a un nivel socioeconómico medio.

2.3. Instrumentos de evaluación

2.3.1. The West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire (WHYMPI) de Kerns, Turk y Rudy (1985).

En este estudio hemos utilizado la adaptación española del WHYMPI realizada por Ferrer, González y Manassero (1993). Es un instrumento de evaluación multidimensional del dolor, considerándolo como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores. Constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el dolor desde una perspectiva comprensiva. Evalúa múltiples

dimensiones de la experiencia del dolor, siguiendo el Sistema Multiaxial de Evaluación descrito por Turk y Rudy (1987), el objetivo del cual es integrar datos de naturaleza diversa: médica, psicológica y conductual. El objetivo de este instrumento no es el de analizar el dolor per se, si no que pretende aportar datos de cómo el sujeto vive su experiencia de dolor. Una información de vital importancia en el diseño y aplicación de cualquier programa de tratamiento (Miró, 2006).

Este inventario ha demostrado tener unas buenas propiedades psicométricas (Kerns, Turk, y Rudy, 1985; Mikail, Du Breil y D'Eon, 1993), y ha sido utilizado en numerosos estudios con diversas patologías médicas (Oteo, 2010; Turk y Rudy, 1990; Turk, Sist, Okifuji, Miner, Florio, Harrison, Massey, Lema y Zevon, 1998).

Existen grandes ventajas del WHYMPI frente a otros cuestionarios por su brevedad, fácil administración y comprensión. Utiliza escalas numéricas.

La adaptación española empleada para el estudio consta de 51 ítems distribuidos en tres secciones separadas, que pretenden evaluar diversas variables psicosociales relevantes para el estudio del dolor desde una perspectiva cognitivo-conductual. Los pacientes deben responder a cada uno de los ítems del cuestionario utilizando una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6).

La Sección I evalúa la intensidad e impacto del dolor sobre diversas áreas de funcionamiento del paciente. Está formada por 20 ítems agrupados en seis factores: F1) Apoyo social percibido (3 ítems), F2) Malestar general durante la semana anterior (4 ítems), F3) Interferencia del dolor en las relaciones personales (3 ítems), F4) Interferencia del dolor en la actividad (4 ítems), F5) Cambios en las actividades sociales (4 ítems) y F6) Autocontrol percibido sobre el dolor (2 ítems).

La Sección II evalúa la percepción del paciente de las respuestas de los otros a sus conductas de dolor. Se divide en tres factores: F1) Respuestas distractoras (6 ítems), F2) Respuestas de ayuda (5 ítems) y F3) Respuestas de expresión de sentimientos negativos de los otros frente a la emisión de conductas de dolor del paciente (3 ítems).

Por último, la Sección III valora la frecuencia con que los sujetos realizan actividades de la vida diaria. Comprende 17 ítems agrupados en cuatro factores: F1) Tareas domésticas (6 ítems), F2) Actividades fuera del hogar (5 ítems), F3) Trabajos de bricolaje o mantenimiento del hogar (3 ítems) y F4) Actividades sociales (3 ítems). En esta parte se ha considerado la frecuencia con la que hacen tales actividades en la actualidad.

Los datos originales relativos a los índices de fiabilidad y validez muestran niveles satisfactorios. En la primera parte, los índices de consistencia interna varían entre .72 y .90, con valores de test-retest en un intervalo de 2 semanas entre .69 y .86.

En la segunda parte, la fiabilidad está entre .74 y .84, mientras que la estabilidad se sitúa entre .62 y .89. En la tercera parte, los datos son parecidos: entre .70 y .86 de consistencia y entre .83 y .91 de estabilidad temporal. Para la adaptación española los índices de fiabilidad son muy parecidos a los del original, comprendidos entre .59 y .89.

Este instrumento es el único que no se administró al Grupo Control. Un ejemplar del mismo se encuentra en el Anexo I (apartado II).

2.3.2. La Escala de Sucesos Vitales Estresantes (SVEAD) de Pelechano (1998).

Se trata de una lista de 49 ítems que describen sucesos vitales estresantes y traumáticos, ocurridos en los últimos 10 años y que emergieron de modo empírico a partir de la investigación desarrollada por Pelechano, Matud y De Miguel (1994).

La persona que responde debe contestar si el acontecimiento ha ocurrido, o no, en ese lapso de tiempo y, caso de ser así, estimar el impacto causado en una escala de 0 a 10. Este instrumento ha sido empleado en diversas investigaciones y permite crear agrupaciones de estresores, en función de criterios ratio-empíricos. Un ejemplo del uso de esta escala en el contexto de una investigación cultural sobre maltrato y emigración, se encuentra en Báguena, El Barouni, Beleña, Díaz, Roldán y Toldos (2006). Otro, en el estudio de Oteo (2010) con mujeres diagnosticadas de Fibromialgia. En esta investigación, se han considerado como variables de interés el volumen total de sucesos experimentados y el impacto global causado por los mismos. También se ofrecerán resultados sobre cada uno de los acontecimientos registrados.

Un ejemplar del mismo se encuentra en el Anexo I (apartado III).

2.3.3. Las escalas Extraversión y Neuroticismo del EPQ-R (Eysenck, Eysenck y Barrat, 1985).

El *Eysenck Personality Questionnaire*, versión revisada (EPQ-R), que vamos a utilizar en esta investigación está construido para medir la personalidad a lo largo de tres dimensiones más un atributo complementario. Pero en este caso hemos seleccionado únicamente la versión abreviada de las escalas N y E que presentaron Eysenck, Eysenck y Barret (1985). La prueba consta de 24 ítems, repartidos equitativamente en 12 ítems para cada escala con dos posibilidades de respuesta: “sí” o

“no”. Se caracteriza por ser un test de autoinforme de fácil aplicación y corrección, susceptible de administrarse a sujetos mayores de 20 años. El EPQ-R representa un intento para corregir las deficiencias psicométricas de la escala original de Psicoticismo en el EPQ. Esta nueva versión revisada del EPQ logra una distribución más simétrica de las puntuaciones incrementándose el intervalo de puntuaciones y obteniéndose un índice de consistencia interna más elevado: .76 para las mujeres y .78 para los varones. Esta versión se ha utilizado en diversos estudios realizados en España. Por ejemplo, en el de Báguena, Beleña, Roldán, Díaz y Villarroya (2006), realizado con mujeres maltratadas, los alfa respectivos para E y N fueron de .82 y .76. En el de Oteo (2010), administrado a mujeres con dolor crónico (artritis y Fibromialgia), el alfa de Cronbach para las dimensiones de E y N fue respectivamente de .75 y .83. Y, más recientemente, en pacientes con obesidad mórbida los coeficientes obtenidos para E y N dan lugar a unos alfas de .84 y .89 (Álvarez, 2014).

A continuación pasamos a hacer una breve descripción de las escalas:

Estabilidad–Neuroticismo

Esta escala está orientada a medir si el sujeto es estable o inestable emocionalmente. Puntuaciones altas del sujeto en este continuo, revelan elevados niveles de ansiedad, fuertes cambios de humor en cortos períodos de tiempo, desórdenes psicosomáticos y dificultad en volver al estado emocional anterior a la respuesta nueva.

Por el contrario, puntuaciones bajas representan características descritas como estabilidad: calma, control emocional, tono débil de respuestas y constancia en el humor.

Ejemplos de ítems que forman parte de esta escala pueden ser los siguientes:

-¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?

-¿Se siente herido con facilidad?

-¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?

Extraversión–Introversión

El sujeto que puntúa alto en esta escala estará caracterizado por ser: sociable, excitable, impulsivo, inclinado al cambio, optimista y poco sensible. Puntuaciones bajas caracterizan a sujetos que tenderán a ser: retraídos, tranquilos, previsores, reservados, desconfiados, controlados y con baja tendencia a la agresión.

Ejemplos de ítems que forman parte de esta escala pueden ser los siguientes:

-¿Es usted una persona conversadora, locuaz?

-¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades?

-¿Le gusta mezclarse con la gente?

Un ejemplar del mismo se encuentra en el Anexo I (apartado IV).

2.3.4. Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

El COPE (*Coping Estimation*) o Estimación del Afrontamiento de Carver, Scheier y Weintraub (1989), fue construido en Estados Unidos, basándose los autores en dos modelos teóricos: el de Richard Lazarus y el modelo de autorregulación conductual de Bandura. El instrumento pretende abarcar áreas de afrontamiento que no se consideraron en el Inventario de Tipos de Afrontamiento desarrollado por Lazarus y Folkman en 1980. Las escalas que lo componen se han derivado desde una doble perspectiva teórica y empírica.

El cuestionario consta de 60 ítems con formato de respuesta tipo Likert donde las contestaciones van desde 1=Habitualmente no hago esto en absoluto; 2=Habitualmente lo hago esto un poco; 3=Habitualmente hago esto bastante y 4= Habitualmente hago esto mucho. Los sujetos tienen que marcar la contestación que más se ajuste a su respuesta cuando se encuentran en una situación estresante, intentando contestar con la respuesta más generalizada a las situaciones de estrés.

La adaptación utilizada en nuestra investigación es la realizada por Crespo y Cruzado (1997) que concluyó en la emergencia de 15 factores primarios que en un análisis factorial posterior de segundo orden concluyó en 6 agrupaciones.

Estos 6 factores son:

1. Afrontamiento conductual centrado en el problema: incluye las escalas de crecimiento personal, planificación, afrontamiento activo y abandono de todo esfuerzo por solucionar la situación.
2. Afrontamiento cognitivo del problema: incluye las escalas de aceptación, humor, reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento.
3. Escape cognitivo: con las escalas de negación, religión y conductas de evasión.
4. Afrontamiento centrado en las emociones: incluye las escalas de centrarse en las emociones y desahogarse, y búsqueda de apoyo social.
5. Escape conductual: actividades distractoras y la concentración de esfuerzos para resolver la situación.
6. Consumo de alcohol o drogas: no parece relacionarse con ninguna otra y constituye por sí misma un modo de afrontamiento diferenciado.

Los datos relativos a los índices de consistencia interna muestran valores comprendidos entre .45 y .92. Fiabilidad test-retest .46-.86 (8 semanas) y .42-.89 (6 semanas). Correlación general y situacional: menor de .40 (salvo escalas de consumo de alcohol o drogas y religión).

Por ejemplo, el estudio realizado por Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda (2010) en pacientes con cáncer de seno, determinó para el COPE, un alfa de Cronbach total de .698. Para la dimensión afrontamiento activo, el valor del alfa fue de .663, y para la dimensión afrontamiento pasivo, de .523.

Un ejemplar del mismo se encuentra en el Anexo I (apartado V).

2.3.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991).

Este instrumento está concebido para evaluar a pacientes con patologías crónicas. Ha sido validado en España por De la Revilla (2005) para su empleo en contextos clínicos. Según este autor y sus colaboradores, el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. El cuestionario ha sido ampliamente utilizado para medir apoyo social en pacientes con enfermedad mental.

Es un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño de la red social) y aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social). Es breve, de fácil comprensión y autoadministrado. Consta de 20 ítems. El primero valora el apoyo estructural y el resto apoyo funcional. Explora 4 dimensiones del apoyo social: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía), 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) y 4) emocional/informativa (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).

De los 20 ítems, el primero encargado de investigar la red social, pregunta por el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado. Los ítems restantes se contestan según el formato de escala de respuesta tipo Likert, puntuando 1 (nunca) a 5 (siempre) (De la Revilla y cols., 1991, 1994; Rodríguez y cols., 2004 y Sherbourne y cols., 1991).

El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 3 subescalas:

1. Apoyo emocional/informativa
2. Apoyo instrumental

3. Apoyo afectivo

El instrumento muestra buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa=.97) y para las subescalas oscila entre .91 y .96. La fiabilidad test-retest es elevada (.78).

Un ejemplar del mismo se encuentra en el Anexo I (apartado VI).

2.3.6. Cuestionario de Salud SF-36 (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993).

El cuestionario SF-36 es una encuesta de salud diseñada, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional (Moliner, 1998). Este instrumento fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos por el *Health Institute, New England Medical Center de Boston, Massachussets*, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study, MOS*). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a la población general. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y en multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (Vilagut y cols., 2005).

El Cuestionario de Salud SF-36 evalúa las siguientes 8 dimensiones de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las dimensiones pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y, preferentemente, debe ser autoadministrado aunque, también, es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. Los ocho conceptos de salud determinados en este cuestionario serían los siguientes (Moliner, 1998):

1. Funcionamiento físico: grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol físico: grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
3. Dolor corporal: medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
4. Salud general: valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
6. Funcionamiento social: grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
7. Rol emocional: grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado y el esmero en el trabajo.
8. Salud mental: valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Por lo que se refiere a los aspectos relacionados con la puntuación, las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que, a mayor puntuación, mejor es el estado de salud.

El cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

Con respecto a su fiabilidad, en la mayoría de los estudios, el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Cronbach=.70) en todas las escalas, excepto en la Función social. Las escalas Rol físico, Función física y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de .90, límite recomendado para las comparaciones individuales (Alonso y cols., 1998; Gómez y Verdugo, 2004 y López y cols., 2003).

Un ejemplar del mismo se encuentra en el Anexo I (apartado VII).

2.3.7. Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) de Derogatis (1975).

La *Symptom Check List* fue diseñada en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario de autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado, tanto en pacientes de medicina general, psiquiátricos o en población general, tanto como método de *screening*, como para la valoración de los cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. El instrumento original constaba de 51 ítems y era conocido como *Hopkins Symptom Check List* (HSCL). Derogatis y cols. (1973), desarrollaron una versión de 90 ítems (SCL-90), a la que, en 1977, se le cambiaron 2 ítems y se le modificaron ligeramente otros 7; así nació la SCL-90-R. La escala que hemos empleado para nuestra investigación es esta última, aunque, contando con la adaptación de González de Rivera y cols. (1989).

En la SCL-90, el paciente tiene que seleccionar mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, hasta qué punto se ha sentido aquejado, durante los últimos siete días, por una serie de 90 problemas (desde 0=no le ha molestado en absoluto y 4=le ha molestado de manera extrema).

El cuestionario explora 10 dimensiones o perfiles psicopatológicos:

1. Somatización: 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, con alteraciones neurovegetativas de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular.
2. Obsesión-Compulsión: 10 síntomas que describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar.
3. Sensibilidad Interpersonal: 9 síntomas que recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.
4. Depresión: 13 síntomas que recogen signos y síntomas clínicos de los trastornos depresivos, incluye vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.
5. Ansiedad: 10 síntomas referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda o “pánico”, incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

6. Ira-Hostilidad: 6 síntomas que aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.
7. Ansiedad Fóbica: 7 síntomas que valoran distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o huida, con un mayor peso en la escala de síntomas de agorafobia y fobia social que los de la fobia simple.
8. Ideación Paranoide: 6 síntomas de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación que incluye suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
9. Psicoticismo: 10 síntomas que configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia leve hasta la psicosis florida, y que en la población general se relaciona con más sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.
10. Escala adicional: 7 síntomas misceláneos que constituyen un claro referente de depresión melancólica.

La corrección del SCL-90-R ofrece tres niveles de información: global, dimensional y de síntomas discretos.

Global con 3 índices: GSI, al que en este trabajo nos referimos como IGG (Índice de Gravedad Global), que se refiere a la intensidad media del conjunto de los 90 ítems; PST (Total de Síntomas Positivos), que hace referencia al número medio de síntomas experimentados por cada paciente; y PSDI (Índice de Malestar de Síntomas Positivos), se refiere a la intensidad media de los síntomas positivos.

Dimensional, proporciona 10 índices, uno por cada dimensión sintomática.

Síntomas discretos, hace referencia a la intensidad media obtenida en una serie de ítems que hacen referencia a trastornos del sueño, del comportamiento alimentario, etc.

Finalmente, hay que señalar que aunque se ha utilizado en diferentes estudios clínicos en nuestro país, es necesaria la validación de la versión española y más estudios sobre la misma. Como instrumento autoadministrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. Para algunos autores, este instrumento ofrecería una medida de malestar subjetivo general más que un perfil psicopatológico determinado,

aunque otros estudios han demostrado la validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión (Koeter ,1992; Schmitz y cols., 1994).

Un ejemplar del mismo se encuentra en el Anexo I (apartado VIII).

2.4. Procedimiento seguido en la investigación

La muestra de la presente investigación fue recogida íntegramente en el Servicio de Estomatología del Hospital Doctor Peset Aleixandre de Valencia, y se obtuvo entre aquellas pacientes que eran remitidas por primera vez al Servicio de Estomatología, y cuyo motivo de consulta fundamental estaba relacionado con un posible Síndrome de la Boca Ardiente.

Cuando presuponíamos que una paciente padecía el SBA, era atendida por el Jefe del Servicio de Estomatología, quien llevaba a cabo el correspondiente examen clínico y determinaba si la paciente cumplía los criterios necesarios para formar parte de la muestra objeto de nuestro estudio.

Las mujeres adscritas al Grupo Control se corresponden con mujeres “sanas” que acudían a sus revisiones periódicas en el mismo servicio del hospital.

La evaluación llevada a cabo en nuestra investigación contempló variables físicas, emocionales y cognitivas. Para facilitar la implementación de los cuestionarios, se elaboró un cuadernillo que contenía todas las pruebas a realizar. El cuadernillo se divide en dos partes: la primera parte comprende la anamnesis de la paciente con la historia clínica correspondiente y la exploración clínica de la cavidad oral, y la segunda parte comprende los instrumentos de evaluación psicológica referentes al dolor, acontecimientos vitales estresantes, dimensiones emocionales de la personalidad, afrontamiento, apoyo social, calidad de vida relacionada con la salud y síntomas psicológicos.

Dado que el Síndrome de la Boca Ardiente no es un síndrome con demasiada incidencia en la población, resultó complicado recoger la muestra que posteriormente conformaría el grupo de mujeres "enfermas". Es importante, a su vez, hacer hincapié en que estamos ante pacientes bastante difíciles de tratar por el hecho de que presentan un problema crónico, con todas las implicaciones que ello supone.

2.5. Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos han sido llevados a cabo con el Programa SPSS.18 y, en consonancia con el tipo de diseño utilizado hemos aplicado las siguientes estrategias de análisis: (a) cálculo de la consistencia interna (alpha de Cronbach) de las diferentes variables manejadas en la investigación, (b) porcentajes, (c) análisis bivariados: análisis de medias y análisis correlacional y (d) análisis multivariados: análisis discriminantes, análisis factorial y análisis mediacional.

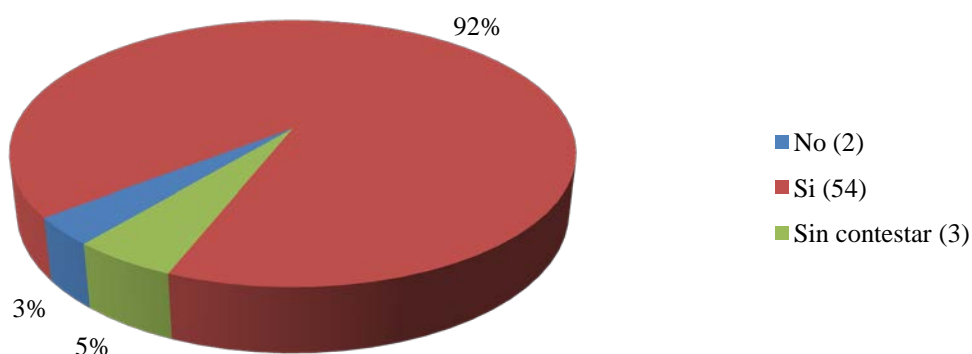
CAPÍTULO III

Los resultados obtenidos en la investigación se ordenan en tres secciones. En la primera, ofrecemos las características clínicas que identifican a las mujeres que componen el GSBA. En la segunda, se mostrarán los resultados obtenidos en relación con el objetivo 1, referido al estudio comparativo entre las mujeres del GSBA y del GC en los aspectos psicosociales considerados, a excepción de la experiencia de dolor; y también con el objetivo 2 que involucra la comparación en las mismas variables, pero teniendo en cuenta el tipo de SBA que padece la mujer: Tipo I vs Tipo II. En la tercera, se presentarán los resultados relativos al objetivo 3, que implica el estudio detallado de la experiencia de dolor de las mujeres con SBA en relación con el resto de variables de interés.

3.1. Características clínicas del Grupo Síndrome de Boca Ardiente

Entre las características clínicas identificadoras del grupo de pacientes con SBA se recogen las siguientes.

Gráfico 7: Presencia de sintomatología de más de cuatro meses de evolución



El 92% de las pacientes dice presentar sintomatología de ardor o quemazón desde hace más de cuatro meses.

Gráfico 8. Localización del escozor

Con respecto a la localización del escozor en el SBA, observamos que en la mayor parte de las mujeres (34%; N=20), esta sensación se localiza en la lengua y en los labios. Seguidamente, un 24% (N=14) de las pacientes sólo presentan escozor en la lengua. Un 13% (N=8) en la lengua, labios y paladar, un 7% (N=4) en los labios, lengua

y encías, un 5% (N=3) lo nota en la lengua, los labios, encías y, además, en el paladar. Otro 5% (N=3) sólo en las encías. Un 3% (N=2) lo sienten en la lengua y el paladar, un 1% (N=1) en la lengua y los carrillos, otro 1% (N=1) en los labios y las encías, 1% (N=1) en los labios y paladar. El 1% (N=1) de las mujeres nota el escozor en la lengua, en los labios y en la garganta. Finalmente, otro 1% (N=1) de las pacientes notan la sensación de quemazón en toda la boca.

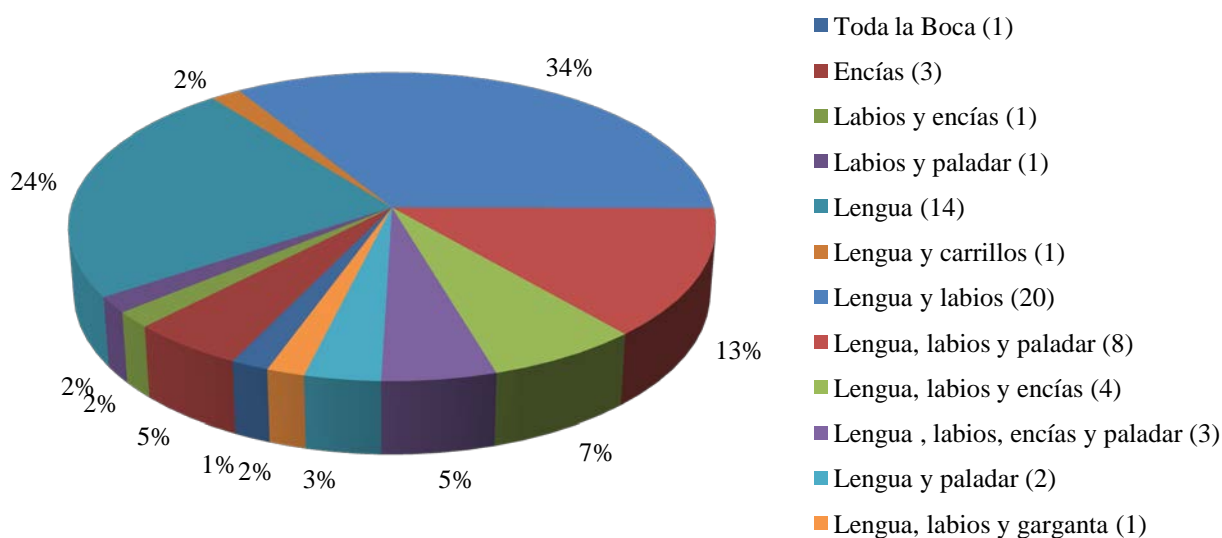
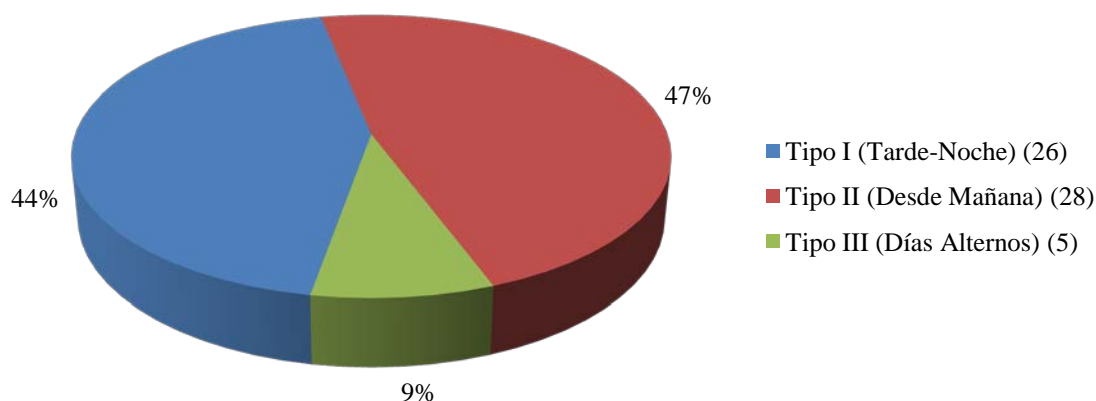


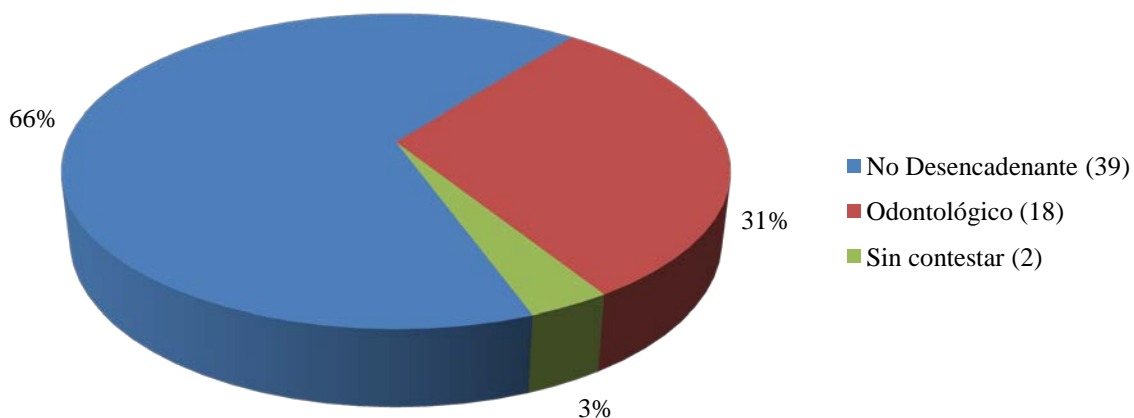
Gráfico 9. Tipo de Síndrome en función del ritmo que sigue el ardor



Si dividimos el SBA en función del ritmo que sigue la sensación de ardor, obtenemos tres tipos del síndrome (Tipo I, Tipo II y Tipo III). La mayor parte de las pacientes (47%; N=28), las enmarcamos dentro del Tipo II, donde la sensación de ardor

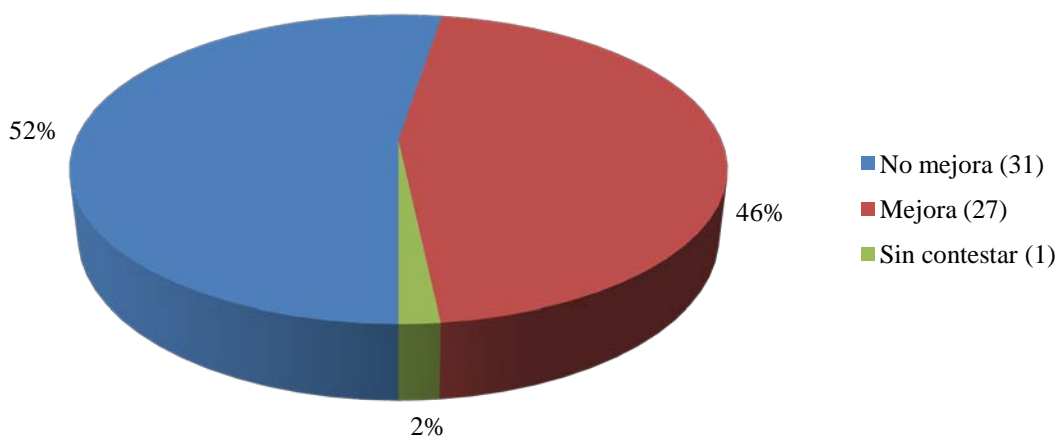
es constante desde la mañana. Seguidamente, un 44% (N=26) pertenecen al tipo I, donde la sintomatología se acentúa durante la tarde-noche. Por último, y con un porcentaje bastante bajo, (9%; N=5) las pacientes que pertenecen a tipo III, donde la sensación de escozor predomina a días alternos.

Gráfico 10. Desencadenante (odontológico o físico)



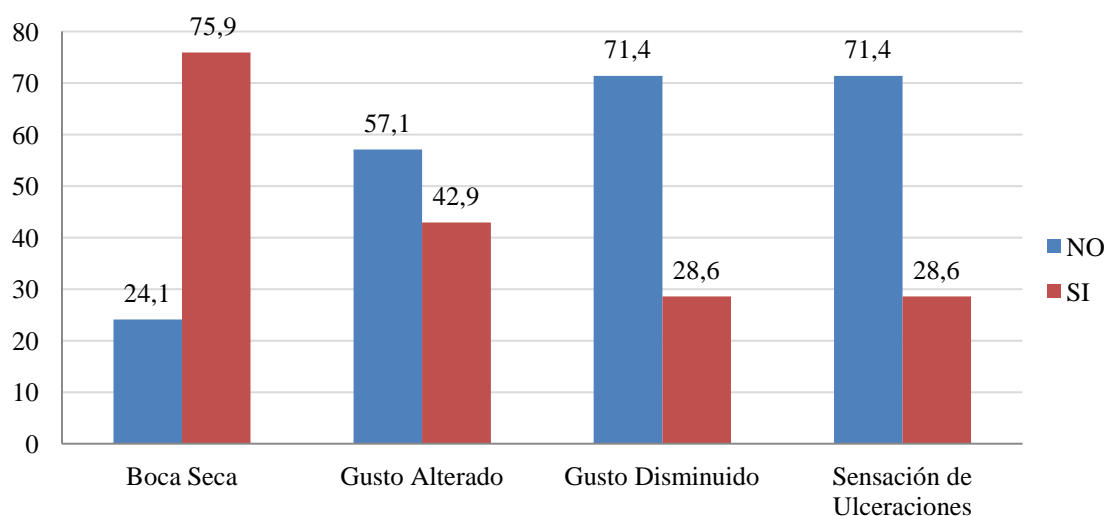
La mayor parte de las pacientes (66%; N=39) no asocian el inicio de la sintomatología a ningún factor desencadenante. No obstante, un 31% (N=18) de las mismas, la atribuyen a factores odontológicos (extracción de muelas, empastes, prótesis, etc.).

Gráfico 11. Relación con las comidas



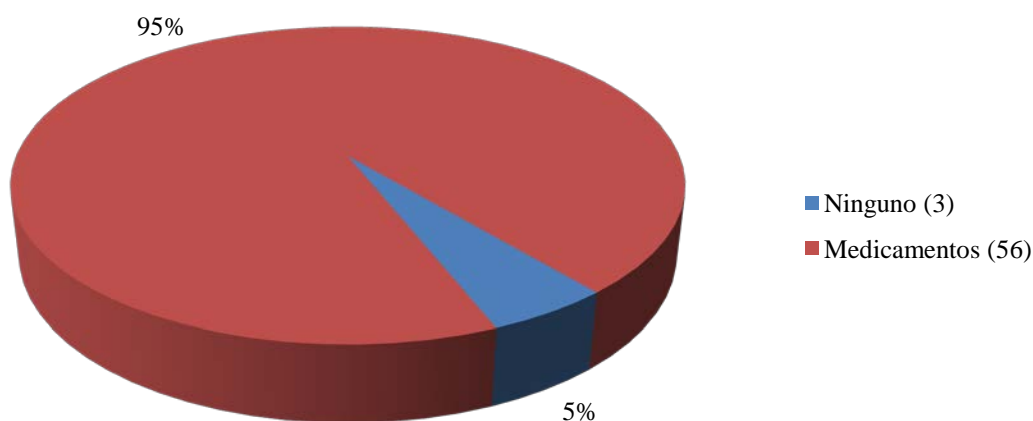
En cuanto a la mejora de la sintomatología en relación con las comidas, se observa que la mayor parte de las pacientes no mejora (52%; N=31). No obstante, un 46% (N=27) indica mejoría.

Gráfico 12. Sensaciones o molestias acompañantes



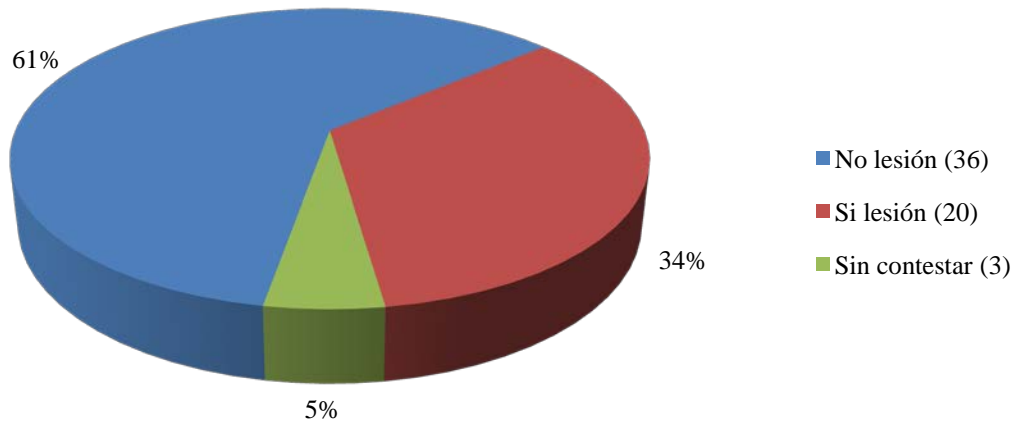
De las 59 mujeres que conforman el grupo de SBA, el 75,9% informa tener la boca seca, cerca del 43% el gusto alterado, un 28,6% el gusto disminuido y el 28,6% restante sensación de ulceraciones.

Gráfico 13. Tratamientos farmacológicos en los últimos 2 meses



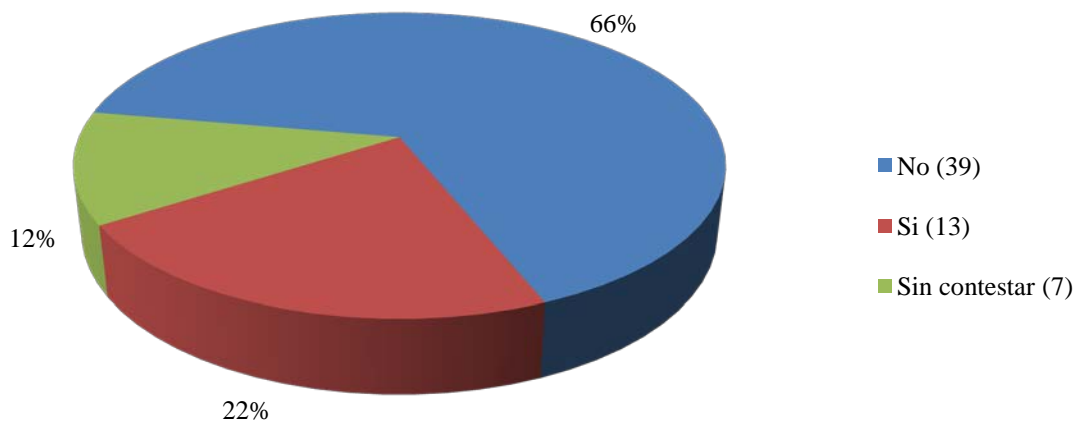
A un 95% (N=56) de las pacientes que acudía a consulta, le habían prescrito tratamientos farmacológicos en los últimos dos meses, y un 5% (N=3) no tomaba ningún tipo de medicación.

Gráfico 14. Lesión en la mucosa oral



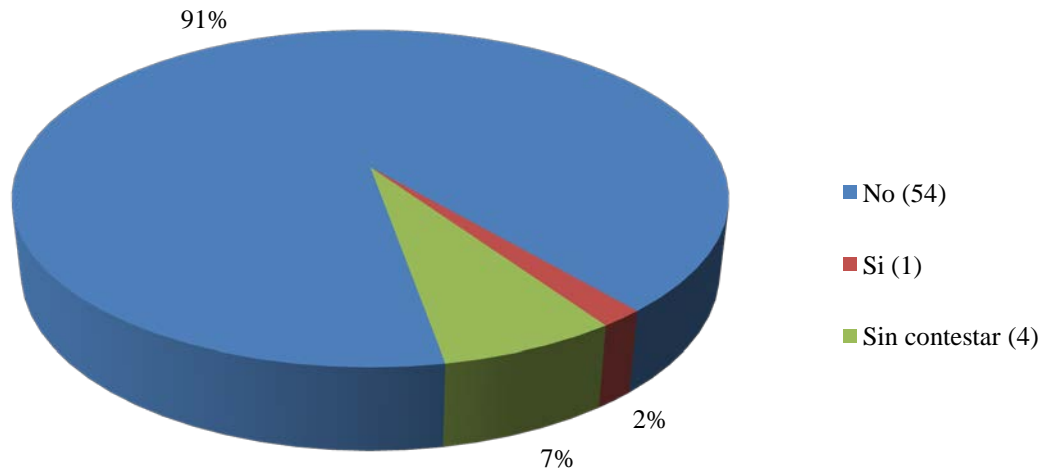
El 61% (N=36) de las pacientes no presentan lesiones en la mucosa oral, sin embargo, un 34% (N=20) sí que las presentan.

Gráfico 15. Áreas eritematosas o depilación en punta y bordes linguales



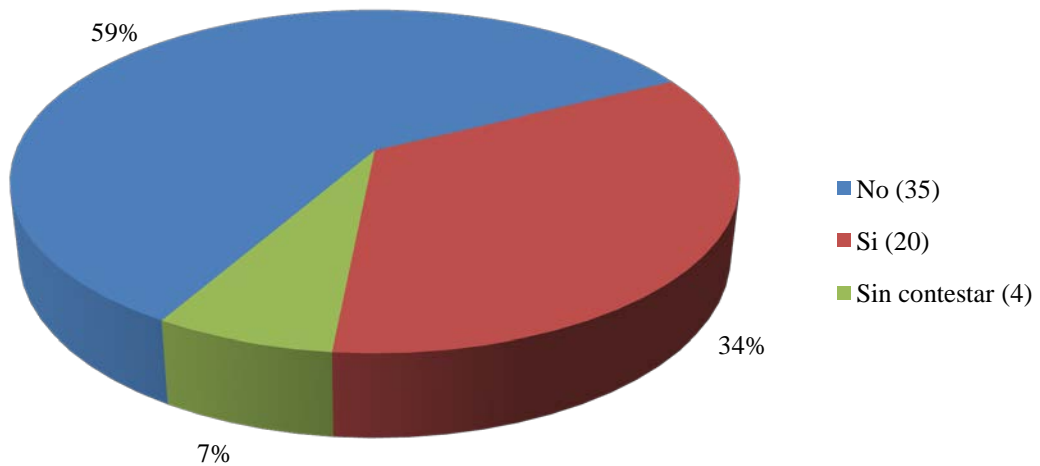
En la mayor parte de las pacientes (66%; N=39), no se observan áreas eritematosas o depilación en la punta de la lengua o los bordes de la misma, no siendo así en un 12% (N=7) de las mujeres que sí que presentan esta característica.

Gráfico 16. Áreas eritematosas en mucosa labial inferior, yugular o paladar



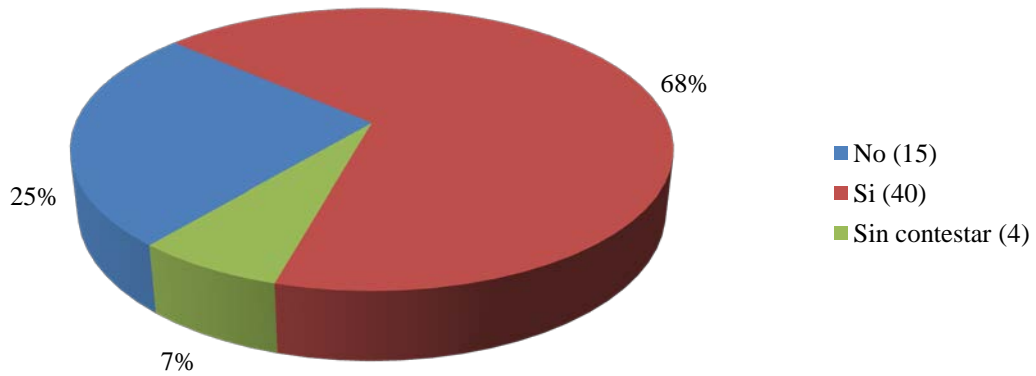
Un 91% (N=54) de las pacientes no presentan áreas eritematosas en la mucosa labial inferior, yugular o paladar. Sin embargo, un porcentaje mínimo de las mismas, sí que presentan dicha sintomatología (2%; N=1).

Gráfico 17. Existencia de macroglosia



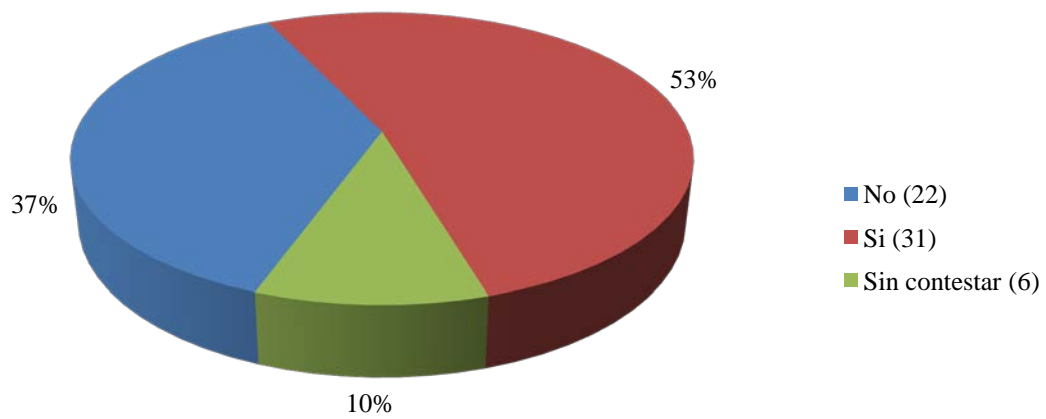
Como podemos observar, un 59% (N=35) de las pacientes no presenta macroglosia, no siendo así en un 34% (N=20), que sí que tienen la lengua agrandada.

Gráfico 18. Indentaciones en la lengua o labio inferior



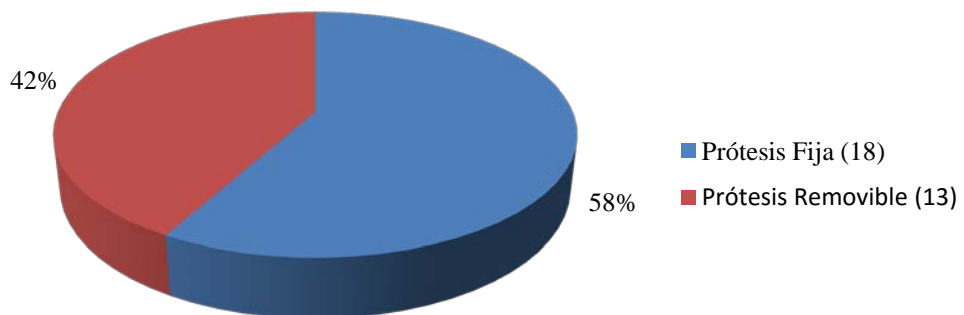
El 68% (N=40) de las pacientes presenta indentaciones y un 25% (N=15) no.

Gráfico 19. Prótesis



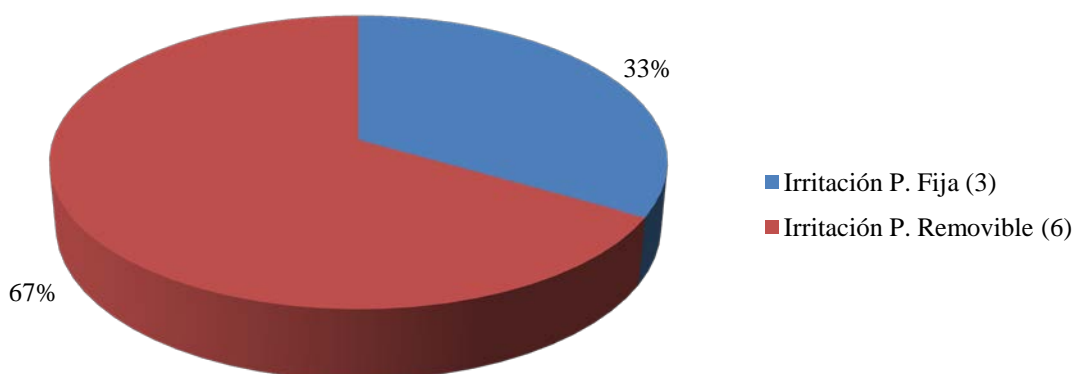
EL 53% (N=31) de las pacientes es portadora de prótesis dental y, un 37% (N=22) restante, no lleva ningún tipo de prótesis.

Gráfico 20. Prótesis Fija vs. Removible



De las pacientes que son portadoras de prótesis dentales (N=31), un 58% (N=18) llevan prótesis fija y un 42% (N=13) removible.

Gráfico 21. Produce irritación Prótesis Fija vs. Removible



De las 31 mujeres portadoras de prótesis, sólo 9 (29%) de ellas manifiesta irritación de la mucosa oral. El 67% de las pacientes refiere irritación al llevar la prótesis fija y el 33% al llevar la prótesis removible.

En términos generales y en cuanto a las características clínicas se refiere, podríamos decir que la mayor parte de las mujeres que padecen el SBA sufren ardor o quemazón en la cavidad oral desde hace más de cuatro meses y no lo asocian a ningún desencadenante odontológico o físico. La mayoría localiza esta sensación en la lengua y en los labios. No manifiestan mejoría con las comidas y aluden, a su vez, sensación de sequedad bucal como molestia acompañante. La mayor parte no presentan lesiones aparentes en la mucosa oral ni áreas eritematosas o depilación en lengua o mucosa labial y paladar. Tampoco se caracterizan por presentar macroglosia. Sin embargo, gran parte de estas sí presentan indentaciones linguales.

En cuanto al ritmo que sigue el ardor, encontramos que hay mujeres que sufren esta quemazón prácticamente desde la mañana (Tipo I) y, sin embargo, otras lo sufren a partir de la tarde-noche (Tipo II).

3.2. Análisis comparativos

En este segundo bloque de resultados se presentan los análisis de medias a fin de determinar las diferencias que se observan entre el GSBA y el GC en acontecimientos vitales (hipótesis 1.1), dimensiones emocionales (hipótesis 1.2) y cognitivas de la personalidad (hipótesis 1.3 y 1.4), calidad de vida relacionada con la salud (hipótesis 1.5) y en síntomas psicológicos generales (hipótesis 1.6). De modo simultáneo se

considerará si el tipo de SBA que padecen las mujeres (Tipo I o Tipo II), da lugar a diferencias en las mencionadas variables (hipótesis 1.2). El apartado se completará, por una parte, con el análisis factorial de segundo orden realizado en el GSBA y en el GC en las variables señaladas, como modo de resumir el panorama de correlaciones que muestran las variables entre sí en cada uno de esos grupos. Por otra, se presentarán los análisis discriminantes con el fin de acotar las diferencias detectadas entre ambos grupos.

3.2.1. Acontecimientos vitales estresantes y SBA

En este bloque de resultados se realiza un análisis detallado de los acontecimientos vitales estresantes evaluados por el SVEAD y se establecen las comparaciones entre el grupo de SBA (N=59) y el Grupo de Control (N=85). Previamente, se presentan los resultados relativos a la consistencia interna por lo que se refiere a la variable “volumen total de estresores” e “impacto subjetivo” causado por los mismos. Al final del apartado aparecen los resultados obtenidos en relación con el tipo de SBA padecido por las mujeres.

En la **tabla 1** se presenta la consistencia interna de las dos variables consideradas en relación con la Escala de Sucesos Vitales Estresantes (SVEAD).

Tabla 1. Consistencia interna de las dimensiones globales (volumen e impacto) evaluadas por el SVEAD: GSBA (N=59) y CG (N=85).

		Total (N=144)	Control (N=85)	SBA (N=59)
	Nº ítems	α	α	α
Volumen de sucesos vitales	49	.77	.70	.64
Impacto de sucesos vitales	49	.77	.71	.72

Nota.- α = Alfa de Cronbach

Los resultados muestran una consistencia interna apenas más elevada de la variable volumen de sucesos vitales en el Grupo Control ($\alpha=0,70$) en comparación con el grupo de SBA ($\alpha=0,64$). En la variable impacto los coeficientes obtenidos por ambos grupos son similares (en torno a $\alpha=0,70$).

En la **tabla 2** se presenta la comparación en estas dos variables entre ambos grupos.

Por otro lado, en la **tabla 3** se presenta un análisis más detallado en relación a cada uno de los estresores que componen el SVEAD.

Tabla 2. Diferencias de medias en las dos dimensiones globales del SVEAD: GSBA (N=59) y GC (N=85).

Cuestionario	Variable	Control (N=85)		SBA (N=59)		t	d Cohen
		M	DT	M	DT		
SVEAD	Volumen de sucesos vitales	6,87	3,19	12,07	3,87	-8.71***	1.47
	Impacto de sucesos vitales	56,22	28,48	86,56	33,14	-5.69***	.98

Nota.- M= Media; DT= Desviación típica; T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001

Estos resultados muestran, claramente, que las mujeres con SBA han experimentado más sucesos vitales estresantes y experimentado mayor impacto subjetivo que las mujeres del Grupo Control (p<.001). Los tamaños de efecto asociados son fuertes.

Más interesantes son los resultados que se presentan en la **tabla 3** donde aparece el porcentaje de respaldo para cada uno de los acontecimientos vitales estresantes en ambos grupos, así como la prueba de diferencias (Chi2).

Tabla 3. Volumen de acontecimientos vitales estresantes: porcentaje de respaldo y diferencias entre el GSBA (N=59) y CG (N=85).

SVEAD	Control (%) (N=85)	SBA (%) (N=59)	Chi2
Muerte de familiares cercanos.	97,6	94,9	.78
Problemas en mi trabajo.	8,2	16,9	2.54
Accidente de tráfico grave propio.	8,2	8,5	.003
Accidente de tráfico grave de amigos.	3,5	8,5	1.62
Accidente de tráfico grave de familiares cercanos.	7,1	16,9	3.45

Continuación tabla 3

SVEAD	Control (%) (N=85)	SBA (%) (N=59)	Chi2
Enfermedad grave propia.	16,5	39	9.25**
Enfermedad grave familiares cercanos.	50,6	62,7	2.07
Enfermedad grave amigos.	12,9	25,4	3.67
He presenciado la muerte de otra persona.	65,9	69,5	.21
He asistido al entierro de alguien a quien quería.	98,8	98,3	.07
He estado ingresado en el hospital.	55,3	72,9	4.60*
Familiar cercano ingresado en hospital.	70,6	67,8	.13
Me han operado.	57,6	79,7	7.60**
Han operado a familiares cercanos.	52,9	62,7	1.36
Bebo demasiado.	0	3,4	2.92
Problemas con el alcohol de familiares cercanos.	2,4	11,9	5.38*
Problemas con drogas familiares cercanos.	1,2	3,4	.84
Algún familiar cercano se ha quedado mal a consecuencia de un accidente-enfermedad.	2,4	6,8	1.71
Me han agredido físicamente.	9,4	8,5	.04
Debido a mis problemas con el alcohol tengo problemas con mi familia	0	0	/
Mi pareja me rechaza sexualmente.	0	6,8	5.93*
Hace menos de un año que he roto con mi pareja.	0	0	/

Continuación tabla 3

SVEAD	Control (%) (N=85)	SBA (%) (N=59)	Chi2
Sigo teniendo pareja aunque la vida es un infierno.	0	8,5	7.46**
Deseo cosas que sexualmente no tengo.	1,2	3,4	.84
Soy infiel con mi pareja y me molesta, aunque no lo puedo evitar.	0	0	/
He visto más de una vez a mi antigua pareja con otra persona y parecía feliz.	0	1,7	1.45
Cada vez que me he enamorado he fracasado.	0	3,4	2.92
Discusión fuerte con ruptura de relaciones con familiares cercanos	5,9	40,7	26.22***
Ganas de no vivir más.	4,7	50,8	41.11***
Traición de una persona en la que confiabas.	14,1	33,9	7.88**
Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta	8,2	25,4	7.95**
Sentimiento de estar totalmente solo.	4,7	44,1	32.72***
Mi familia me desprecia y en el mejor de los casos pasa de mí.	1,2	10,2	6.09*
Me siento utilizado por otros y no puedo escaparme.	0	11,9	10.60**
Me siento inútil ante la desgracia de los demás.	1,2	6,8	3.26
Fumo demasiado.	5,9	6,8	.05
A nivel profesional estoy inmovilizado y sin mejora posible.	4,7	10,2	1.61
Tengo problemas económicos.	17,6	16,9	.01
He tenido problemas legales.	0	1,7	1.45

Continuación tabla 3

SVEAD	Control (%) (N=85)	SBA (%) (N=59)	Chi2
Mi profesión es un fracaso.	0	1,7	1.45
Tengo que tragar muchas cosas que veo para evitar problemas graves.	1,2	30,5	26.16***
He visto gente cruel riéndose cuando hacen daño a otra persona	3,5	15,3	6.27*
He disparado a alguien.	0	0	/
He tenido relaciones sexuales con una persona que después, no me dejaba en paz.	0	1,7	1.45
He tenido que trasladarme a vivir a otro sitio y dejar a amigos y conocidos	4,7	10,2	1.61
La mayor parte de las aspiraciones que tenía cuando era más joven, han fracasado.	2,4	11,9	5.38*
Tengo problemas para entender que pasa conmigo.	1,2	44,1	42.06***
Me han disparado y herido.	0	0	/
Discusiones en casa.	2,4	50,8	47.39***

Nota.- M= Media; DT= Desviación típica; T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001

Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas en 18 de los ítems evaluados. En base al nivel de significación estadística, los hemos ordenamos de la siguiente manera:

- 1) Con (p<.001): “Tengo problemas para entender que pasa conmigo” (Chi2=42,06), “Discusiones en casa” (Chi2=47,39), “Tengo que tragar muchas cosas que veo para evitar problemas graves” (Chi2=26,16), “Ganas de no vivir más” (Chi2=41,11), “Sentimiento de estar totalmente solo” (Chi2=32,72) y “Discusión fuerte con ruptura de relación entre familiares cercanos” (Chi2=26,22).
- 2) Con (p < .01): “Enfermedad grave propia” (Chi2=9,25), “Sigo teniendo pareja aunque la vida es un infierno” (Chi2=7,46), “Me han operado” (Chi2=7,60),

“Discusiones en casa” ($\chi^2=7,50$), “Traición de una persona en la que confiabas” ($\chi^2=7,88$), “Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta” ($\chi^2=7,95$) y “Me siento utilizado por otros y no puedo escaparme” ($\chi^2=10,60$).

- 3) Con ($p < .05$): “Mi pareja me rechaza sexualmente” ($\chi^2=5,93$), “He estado ingresado en el hospital” ($\chi^2=4,60$), “Problemas con el alcohol de familiares cercanos” ($\chi^2=5,38$), “Mi familia me desprecia y en el mejor de los casos pasa de mí” ($\chi^2=6,09$), “He visto gente cruel riéndose cuando hacen daño a otra persona” ($\chi^2=6,27$) y “La mayor parte de las aspiraciones que tenía cuando era joven, han fracasado” ($\chi^2=5,38$).

Es importante señalar que los acontecimientos vitales que aparecen respaldados, en mayor medida, por ambos grupos son: “He asistido al entierro de alguien a quien quería” (%GSBA=8,3; %GC=98,8), “Muerte de familiares cercanos” (%GSBA=94,9; %GC=97,6) y “He presenciado la muerte de otra persona” (%GSBA=69,5; %GC=65,9). La ocurrencia, con mayor frecuencia, de estos estresores, en ambos grupos, resulta lógica dada la naturaleza de los estresores y la edad que poseen las mujeres. Es por ello que algún resultado encontrado en la literatura sobre el hecho de que en las historias de las mujeres con SBA aparezca como estresor importante “la muerte de un ser querido”, parece un resultado más bien sesgado por la edad. Más interesante es que los resultados sugieren que las mujeres con SBA respaldan en mayor medida tipos de acontecimientos estresantes que se relacionan con una elevada conflictividad familiar.

En la **tabla 4** se presentan las diferencias informadas por ambos grupos en el impacto subjetivo causado por cada uno de los estresores.

Tabla 4. Impacto de los acontecimientos vitales estresantes: análisis de medias, desviaciones típicas y t de Student para cada ítem de SVEAD en GC (N=85) y GSBA (N=59).

SVEAD	Control (N=85)		SBA (N=59)		t
	M	DT	M	DT	
Muerte de familiares cercanos.	97,6	94,9	.78	0,22	-.82
Problemas en mi trabajo.	8,2	16,9	2.54	0,38	-1.51
Accidente de tráfico grave propio.	8,2	8,5	.003	0,28	-.05
Accidente de tráfico grave de amigos.	3,5	8,5	1.62	0,28	-1.19
Accidente de tráfico grave de familiares cercanos.	7,1	16,9	3.45	0,38	-1.75
Enfermedad grave propia.	16,5	39	9.25	0,49	-2.97**
Enfermedad grave familiares cercanos.	50,6	62,7	2.07	0,49	-1.45
Enfermedad grave amigos.	12,9	25,4	3.67	0,44	-1.84
He presenciado la muerte de otra persona.	65,9	69,5	.21	0,46	-.45
He asistido al entierro de alguien a quien quería.	98,8	98,3	.07	0,13	-.25
He estado ingresado en el hospital.	55,3	72,9	4.60	0,45	-2.21*
Familiar cercano ingresado en hospital.	70,6	67,8	.13	0,47	-.35
Me han operado.	57,6	79,7	7.60	0,41	-2.92**
Han operado a familiares cercanos.	52,9	62,7	1.36	0,49	-1.17
Bebo demasiado.	0	3,4	2.92	0,18	-1.43

Continuación tabla 4

SVEAD	Control (N=85)		SBA (N=59)		t
	M	DT	M	DT	
Problemas con el alcohol de familiares cercanos.	2,4	11,9	5.38	0,33	-2.09*
Problemas con drogas familiares cercanos.	1,2	3,4	.84	0,18	-.84
Algún familiar cercano se ha quedado mal a consecuencia de un accidente o enfermedad.	2,4	6,8	1.71	0,25	-1.20
Me han agredido físicamente.	9,4	8,5	.04	0,28	-.19
Debido a mis problemas con el alcohol tengo problemas con mi familia	0	0	/	0	/
Mi pareja me rechaza sexualmente.	0	6,8	5.93	0,25	-2.05*
Hace menos de un año que he roto con mi pareja.	0	0	/	0	/
Sigo teniendo pareja aunque la vida es un infierno.	0	8,5	7.46	0,28	-2.32*
Deseo cosas que sexualmente no tengo.	1,2	3,4	.84	0,18	-.84
Soy infiel con mi pareja y me molesta, aunque no lo puedo evitar.	0	0	/	0	/
He visto más de una vez a mi antigua pareja con otra persona y parecía feliz.	0	1,7	1.45	0,13	-1.00
Cada vez que me he enamorado he fracasado.	0	3,4	2.92	0,18	-1.43
Discusión fuerte con ruptura de relaciones con familiares cercanos	5,9	40,7	26.22	0,5	-5.01***
Ganas de no vivir más.	4,7	50,8	41.11	0,5	6.63***
Traición de una persona en la que confiabas.	14,1	33,9	7.88	0,48	-2.72**
Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta.	8,2	25,4	7.95	0,44	-2.66**

Continuación tabla 4

SVEAD	Control (N=85)		SBA (N=59)		t
	M	DT	M	DT	
Sentimiento de estar totalmente solo.	4,7	44,1	32.72	0,5	-5.69***
Mi familia me desprecia y en el mejor de los casos pasa de mí.	1,2	10,2	6.09	0,3	-2.17*
Me siento utilizado por otros y no puedo escaparme.	0	11,9	10.60	0,33	-2.79**
Me siento inútil ante la desgracia de los demás.	1,2	6,8	3.26	0,25	-1.60
Fumo demasiado.	5,9	6,8	.05	0,25	-.22
A nivel profesional estoy inmovilizado y sin mejora posible.	4,7	10,2	1.61	0,3	-1.19
Tengo problemas económicos.	17,6	16,9	.01	0,38	-.11
He tenido problemas legales.	0	1,7	1.45	0,13	-1.00
Mi profesión es un fracaso.	0	1,7	1.45	0,13	-1.00
Tengo que tragar muchas cosas que veo para evitar problemas graves.	1,2	30,5	26.16	0,46	-4.76***
He visto gente cruel riéndose cuando hacen daño a otra persona	3,5	15,3	6.27	0,36	-2.28*
He disparado a alguien.	0	0	/	0	/
He tenido relaciones sexuales con una persona que después, no me dejaba en paz.	0	1,7	1.45	0,13	-1.00
He tenido que trasladarme a vivir a otro sitio y dejar a amigos y conocidos	4,7	10,2	1.61	0,3	-1.19
La mayor parte de las aspiraciones que tenía cuando era más joven, han fracasado.	2,4	11,9	5.38	0,33	-2.09*
Tengo problemas para entender que pasa conmigo.	1,2	44,1	42.06	0,5	-6.48***

Continuación tabla 4

SVEAD	Control (N=85)		SBA (N=59)		t
	M	DT	M	DT	
Me han disparado y herido.	0	0	/	0	/
Discusiones en casa.	2,4	50,8	47,39	0,5	-8.35***

Nota.- M= Media; DT= Desviación típica; T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001

En base a los resultados obtenidos y en línea con los resultados de la **tabla 4** podemos observar cómo los acontecimientos vitales estresantes que sufren en mayor medida las mujeres con SBA también causan un mayor impacto en ellas si las comparamos con el Grupo de Control. Así, los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la variable “Impacto” se refiere, en los mismos 18 ítems que eran respaldados con mayor frecuencia por las mujeres del GSBA.

Tabla 5. Análisis de medias según el tipo de SBA

En la **tabla 5** presentamos las diferencias en las dos dimensiones globales (volumen e impacto) evaluadas por el SVEAD teniendo en cuenta el tipo de SBA. Sólo se han considerado los Tipos I y II ya que el Tipo III no incluía un número suficiente de mujeres para establecer comparaciones con mínimas garantías.

Cuestionario	Variable	Tipo I (N=28)		Tipo II (N=26)		t	Tamaño del efecto
		M	DT	M	DT		
SVEAD	Volumen de sucesos vitales	11,57	3,53	12,85	4,42	-1.17	.32
	Impacto de sucesos vitales	85,7	32,45	91,04	35,56	-.56	.15

Nota.- M= Media; DT= Desviación típica; T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001

De los resultados anteriores se desprende que no existen diferencias estadísticamente significativas en los acontecimientos vitales experimentados entre las mujeres diagnosticadas con ambos tipos de SBA (Tipo I y Tipo II).

3.2.2. Dimensiones emocionales de la personalidad y SBA

En este apartado se analizan los resultados obtenidos en relación a las dos dimensiones emocionales de la personalidad (extraversión y neuroticismo).

Tabla 6. Consistencia interna de las dimensiones extraversión y neuroticismo evaluadas por el EPQ-R: GSBA (N=59) y CG (N=85).

	N° ítems	Total (N=144)	Control (N=85)	SBA (N=59)
		α	α	α
Extraversión	12	.85	.84	.85
Neuroticismo	12	.83	.67	.77

α = Alfa de Cronbach

Los indicadores de fiabilidad para ambas dimensiones son satisfactorios (entre moderados y altos) tanto para el grupo de Síndrome de Boca Ardiente como para el Grupo de Control. En todo caso, el coeficiente más bajo de todos es el que se corresponde con la dimensión Neuroticismo en el Grupo de Control ($\alpha=0,67$). El resto de coeficientes arrojan valores cercanos a $\alpha=0,90$. Esta información avala la bondad de las variables evaluadas.

En el análisis de medias (t de Student) que presentamos en la **tabla 7** se comparan los grupos GSBA y GC en ambas dimensiones.

Tabla 7. Diferencias de medias en las dimensiones evaluadas por el EPQ-R: GSBA (N=59) y GC (N=85).

Cuestionario	Variable	Control (N=85)		SBA (N=59)		t	Tamaño del efecto
		M	DT	M	DT		
EPQ	Extraversión	9,06	2,91	7,20	3,49	3.35***	.58
	Neuroticismo	3,64	2,28	7,88	2,89	-9.44***	1.64

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student, * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en ambas dimensiones. En la dimensión E el Grupo Control puntúa más alto que en el grupo de SBA ($t=3,35$; $p < .001$) aunque el tamaño del efecto nos indica un valor moderado. Sin embargo, no ocurre lo mismo en la dimensión N ($t=9,44$; $p < .001$) donde el tamaño del efecto es mucho más potente. La dirección de la diferencia revela que las mujeres con SBA presentan elevados niveles de ansiedad, fuertes cambios de humor en cortos períodos de tiempo y mayores desórdenes psicosomáticos que las mujeres del Grupo Control.

Este mismo análisis según el tipo de SBA se presenta en la **tabla 8**.

Tabla 8. Análisis de medias según el tipo de SBA: Tipo I (N=28) y Tipo II (N=26).

Cuestionario	Variable	Tipo I (N=28)		Tipo II (N=26)		t	Tamaño del efecto
		M	DT	M	DT		
EPQ	Extraversión	7,82	3,16	6,5	3,84	1.38	.37
	Neuroticismo	7,46	2,97	8,62	2,61	-1.51	.41

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$.

De los resultados expuestos se desprende que no existen diferencias estadísticamente significativas en ambas dimensiones de personalidad entre las mujeres diagnosticadas con SBA Tipo I y SBA Tipo II.

3.2.3. Dimensiones cognitivas de la personalidad (afrentamiento) y SBA.

En este bloque de resultados se realiza un análisis de los Estilos de Afrontamiento evaluados por el COPE y se establecen las comparaciones entre el grupo de SBA (N=59) y grupo de Control (N=85). Previamente, se presentan los resultados relativos a la consistencia interna.

Tabla 9. Consistencia interna de las dimensiones relacionadas con los estilos de afrontamiento evaluadas por el COPE: GSBA (N=59) y CG (N=85).

		Total (N=144)	Control (N=85)	SBA (N=59)
	Nº ítems	α	α	α
Afrontamiento conductual centrado en el problema	11	.71	.67	.72
Afrontamiento cognitivo del problema	15	.80	.81	.79
Escape cognitivo	11	.70	.70	.68
Afrontamiento centrado en las emociones	12	.80	.87	.74
Escape conductual	7	.14	.06	.21
Consumo de drogas	4	.49	.48	.01

α = Alfa de Cronbach

Aunque con alguna excepción, los coeficientes son ligeramente más elevados en el GC que en el GSBA. Lo que no cabe duda es que las dimensiones "escape conductual" y "consumo de drogas" dan lugar a un alpha de Cronbach muy bajo: ($\alpha=0,14$) y ($\alpha=0,49$), respectivamente. Esto, invita a suprimir estas dos variables de los análisis que se van a presentar a continuación. El resto de coeficientes son bastante aceptables. En el GC la dimensión de afrontamiento conductual centrado en el problema posee un coeficiente algo más bajo ($\alpha=0,67$) que en el GSBA ($\alpha=0,72$). Para las dimensiones de afrontamiento conductual centrado en el problema y escape cognitivo los coeficientes serían moderados en ambos grupos (coeficientes alrededor de 0,70) y, más satisfactorios para el resto de dimensiones (en torno a 0.80).

Tabla 10. Diferencias de medias en las dimensiones evaluadas por el COPE: GSBA (N=59) y GC (N=85).

Cuestionario	Variable	Control (N=85)		SBA (N=59)		t	Tamaño del efecto
		M	DT	M	DT		
COPE	Afrontamiento conductual centrado en el problema	29,79	4,18	27,63	5,01	2.72**	.47
	Afrontamiento cognitivo del problema	33,51	5,09	31,95	5,91	1.64	.28
	Escape cognitivo	18,19	4,53	20,27	5,20	-2.49*	.43
	Afrontamiento centrado en las emociones	29,09	5,98	29,97	5,94	-.86	.14

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student, * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

Analizando los resultados obtenidos cabe resaltar que las mujeres que conforman el Grupo Control hacen un mayor uso de estilos de afrontamiento centrados en el problema (crecimiento personal, afrontamiento activo, planificación, etc.) (t=2,72; p<.01) en comparación con el grupo SBA. Por contra, las mujeres que padecen el Síndrome de Boca Ardiente utilizan, en mayor medida, estilos centrados en el Escape Cognitivo (negación, evasión y religión) (t=-2,49; p<.05). El tamaño del efecto de estas dos diferencias es moderado (en torno a 0,50).

Tabla 11. Análisis de medias según el tipo de SBA: Tipo I (N=28) y Tipo II (N=26).

Variable	Tipo I (N=28)		Tipo II (N=26)		t	Tamaño del efecto
	M	DT	M	DT		
Afrontamiento conductual centrado en el problema	29	4,95	26,04	4,98	2.19*	.60
Afrontamiento cognitivo del problema	31,61	4,24	32,12	7,57	-.30	.08
Escape cognitivo	19,21	5,46	20,69	4,99	-1.04	.28
Afrontamiento centrado en las emociones	29,46	5,95	30,35	6,44	-.52	.14

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

Los resultados evidencian una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la forma de afrontar los problemas que desestabilizan a las pacientes. En concreto hemos encontrado que las mujeres con SBA tipo I utilizan en mayor medida estilos de afrontamiento conductual centrados en el problema ($t=2.19$; $p<.05$). El tamaño del efecto es moderado.

3.2.4. Apoyo social percibido y SBA

En la **tabla 12** se presentan los indicadores de fiabilidad para las distintas dimensiones de Apoyo Social Percibido evaluadas por el MOS.

Tabla 12. Consistencia interna de las dimensiones relacionadas con el apoyo social percibido evaluado por el MOS: GSBA (N=59) y CG (N=85).

		Total (N=144)	Control (N=85)	SBA (N=59)
	Nº ítems	α	α	α
Apoyo emocional o informacional	10	.98	.98	.96
Apoyo afectivo	5	.93	.87	.92
Apoyo instrumental	4	.88	.86	.86
Apoyo total	19	.97	.97	.96

α = Alfa de Cronbach

El indicador relativo a la consistencia interna (alpha de Cronbach) nos informa de que la fiabilidad total de la Escala de Apoyo Social Percibido es casi perfecta ($\alpha=0,97$). Considerando las distintas escalas, el coeficiente más bajo de todos, aunque muy satisfactorio, es el que se corresponde con el apoyo instrumental ($\alpha=0,88$). El resto de escalas arrojan valores superiores a $\alpha=0,90$. Esta información avala la bondad de las variables consideradas.

Tabla 13. Diferencias de medias en las dos dimensiones del MOS: GSBA (N=59) y GC (N=85).

Cuestionario	Variable	Control (N=85)		SBA (N=59)		t	Tamaño del efecto
		M	DT	M	DT		
MOS	Apoyo emocional o informativa	47,49	6,46	35,39	12,01	7.07***	1.31
	Apoyo afectivo	24,11	2,26	19,10	5,82	6.28***	1.24
	Apoyo instrumental	19,31	2,46	16,85	3,96	4.23***	.77
	Apoyo total	90,91	10,09	71,34	19,33	7.13***	1.33

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student, * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

Al considerar la **tabla 13**, los resultados muestran, claramente, que las mujeres con SBA perciben un menor apoyo social por parte del entorno que las rodea. En comparación con el Grupo de Control estas pacientes aprecian una menor existencia, cantidad y frecuencia de apoyo social ($t=7,13$; $p<.001$), siendo el tamaño del efecto fuerte.

Si nos centramos en las distintas dimensiones de apoyo social evaluadas por el cuestionario MOS, podemos observar como existen diferencias estadísticamente significativas en cada una de ellas. Las mujeres con SBA perciben un menor apoyo emocional (como expresión de afecto y comprensión empática) o informativa (como guía, oferta de consejo e información); ($t=7,07$; $p<.001$).

Las mujeres pertenecientes al Grupo de Control perciben mayores demostraciones reales de amor, cariño o empatía (apoyo afectivo) que las mujeres con SBA ($t=6,28$; $p<.001$).

En cuanto al apoyo instrumental entendido como provisión de ayuda material o tangible, cabe destacar que las mujeres con SBA lo perciben en menor medida que las mujeres del Grupo de Control ($t=4,23$; $p<.001$).

Los resultados correspondientes al tamaño del efecto avalan estas diferencias, mostrando valores en torno o superiores a 0,80.

Tabla 14. Análisis de medias según el tipo de SBA: Tipo I (N=28) y Tipo II (N=26).

Variable	Tipo I (N=28)		Tipo II (N=26)		t	Tamaño del efecto
	M	DT	M	DT		
Apoyo emocional o informativo	37,57	11,31	32,85	12,8	1.43	.39
Apoyo afectivo	19,71	5,21	18,35	6,63	.84	.22
Apoyo instrumental	17,39	3,54	16,58	4,42	.75	.20
Apoyo total	74,68	17,55	67,77	21,41	1.29	.35

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

Los resultados no revelan diferencias estadísticamente significativas entre el SBA Tipo I y el SBA Tipo II con respecto a las dimensiones de Apoyo Social.

3.2.5. Calidad de Vida y SBA

En este bloque de resultados se analizan los obtenidos en relación con la calidad de vida que presentan las mujeres diagnosticadas de SBA. En primer lugar se mostrarán los datos de fiabilidad (α de Cronbach) para ambos grupos (GSBA y GC). En la **tabla 15** se presentan los indicadores de fiabilidad para las dimensiones evaluadas por el SF-36.

Tabla 15. Consistencia interna de las dimensiones relacionadas con la calidad de vida evaluadas por el SF-36: GSBA (N=59) y CG (N=85).

		Total (N=144)	Control (N=85)	SBA (N=59)
	Nº ítems	α	α	α
Funcionamiento físico	10	.93	.90	.95
Rol físico	4	.98	.98	.97
Dolor	2	.81	.85	.66
Salud general	5	.86	.83	.84
Vitalidad	4	.82	.63	.84
Funcionamiento social	2	.86	.83	.83
Rol emocional	3	.97	.95	.95
Salud mental	5	.88	.76	.88
PCS	21	.94	.93	.93
MCS	14	.93	.82	.92

Nota.- PCS= Salud Física General, MCS= Salud Mental General, α = Alfa de Cronbach

Por lo que se refiere a los indicadores de consistencia interna se deben comentar dos aspectos. En primer lugar que, a excepción de la variable de *dolor* evaluada por el SF-36 que obtiene un coeficiente algo más bajo ($\alpha=0,66$), el resto de variables obtiene unos valores muy satisfactorios (varios de ellos cercanos o superiores a 0,90) en el grupo de SBA. Las dos puntuaciones generales en salud física (PCS) y salud mental (MCS) se sitúan precisamente por encima de este valor de 0,90.

En el análisis de medias (t de Student) que presentamos en la **tabla 16** se comparan los grupos GSBA y GC en las dimensiones y puntuaciones generales evaluadas por el SF-36.

Tabla 16. Diferencias de medias en las dimensiones evaluadas por el SF-36: GSBA (N=59) y GC (N=85).

Cuestionario	Variable	Control (N=85)		SBA (N=59)		t	d Cohen
		M	DT	M	DT		
SF-36	Funcionamiento físico	84,59	19,37	72,46	31,50	2.63**	.48
	Rol físico	81,47	38,02	57,20	48,03	3.24**	.56
	Dolor	75,69	26,92	48,02	26,22	6.16***	1.04
	Salud general	67,18	20,56	47,63	23,73	5.13***	.88
	Vitalidad	60,18	14,79	38,56	24,64	6.03***	1.10
	Funcionamiento social	66,94	14,39	43,73	21,57	7.23***	1.29
	Rol emocional	96,86	16,76	40,11	47,05	8.88***	1.78
	Salud mental	68,52	15,09	43,93	22,82	7.25***	1.30
	PCS	77,23	23,19	56,33	26,63	4.88***	.84
	MCS	73,12	10,58	41,58	24,13	9.43***	1.82

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student, PCS= Salud Física General, MCS= Salud Mental General, * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

De estos resultados cabe destacar lo siguiente:

- a) Tal y como cabía esperar, el Grupo Control posee una mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que el grupo de Síndrome de Boca Ardiente como ilustran tanto la diferencia encontrada en la puntuación global en “*Salud Física*” (t=4,88; p<.001), como la obtenida en “*Salud Mental*” (t=9,43; p<.001). El tamaño del efecto es especialmente fuerte en la segunda de las variables mencionadas.
- b) En el caso de las dimensiones que se corresponden con la salud física, encontramos diferencias de menor significación estadística. Estaríamos hablando

de las dimensiones “*Funcionamiento Físico*” y “*Rol físico*”. Los tamaños del efecto asociados son moderados para ambas variables.

- c) Por lo que se refiere a las dimensiones relacionadas con la salud mental, hemos podido constatar que en las pacientes afectadas por el SBA en comparación con el Grupo Control, los problemas emocionales les afectan en la forma de abordar el trabajo y otras actividades diarias. Así lo indican dimensiones tales como, “*Rol emocional*” (t=8.88; p<.001), “*Funcionamiento Social*” (t=7,23; p<.001) y “*Salud Mental*” (t=7,25; p<.001), con tamaños del efecto muy fuertes.

A continuación se exponen las comparaciones entre el Tipo I y el II (Tabla 17).

Tabla 17. Análisis de medias según el tipo de SBA: Tipo I (N=28) y Tipo II (N=26).

Cuestionario	Variable	Tipo I (N=28)		Tipo II (N=26)		t	Tamaño del efecto
		M	DT	M	DT		
SF-36	Funcionamiento físico	77,5	28,24	65,19	35,26	1.41	.38
	Rol físico	66,96	46,17	46,15	48,32	1.62	.44
	Dolor	56,35	22,21	38,03	25,76	2.79**	.76
	Salud general	51,25	18,39	40,96	27,68	1.60	.43
	Vitalidad	41,96	24,47	31,73	21,68	1.63	.44
	Funcionamiento social	48,21	18,67	39,23	22,96	1.57	.42
	Rol emocional	42,86	48,73	33,33	44,22	.75	.20
	Salud mental	45,14	20,88	40,62	24,98	.72	.19
	PCS	63,02	23,58	47,59	27,44	2.21*	.60
	MCS	44,54	24,02	36,23	22,74	1.31	.35

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student PCS= Salud Física General, MCS= Salud Mental General, * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

Los resultados muestran dos diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones "Dolor" (t=2,79; p<.01) y "Salud física General" (t=2,21; p<.05) obteniendo una puntuación menor el grupo de pacientes Tipo II. Esto indicaría que el

grupo de mujeres que conforman el Tipo II tendría una menor Salud física (PCS) y padecería una mayor intensidad de dolor interfiriendo este último, en sus labores habituales.

La Salud Mental General (MCS) del Tipo I es apenas mejor que la del Tipo II (M=44,54 vs M=36,23).

3.2.6. Síntomas psicológicos y SBA.

En la **tabla 18** se presentan los indicadores de fiabilidad para las distintas dimensiones sintomáticas evaluadas por la SCL-90.

Tabla 18. Consistencia interna de las dimensiones sintomáticas evaluadas por el SCL-90: GSBA (N=59) y CG (N=85).

		Total (N=144)	Control (N=85)	SBA (N=59)
	Nº ítems	α	α	α
Somatización	12	.87	.76	.85
Obsesivo-compulsivo	10	.80	.67	.70
Sensibilidad interpersonal	9	.74	.68	.71
Depresión	13	.91	.83	.88
Ansiedad	10	.85	.75	.77
Hostilidad	6	.68	.61	.65
Ansiedad fóbica	7	.71	.66	.67
Ideación paranoide	6	.76	.54	.78
Psicoticismo	10	.68	.84	.53
Depresión Melancólica	7	.80	.76	.68
Índice de Gravedad Global	90	.97	.95	.95
Total síntomas positivos	90	.97	.95	.95
Malestar síntomas positivos	90	.97	.95	.95

Nota.- α = Alfa de Cronbach

Mientras que los indicadores globales poseen valores idénticos en ambos grupos ($\alpha=0,95$), por lo general los coeficientes son ligeramente más elevados en el GSBA que en el GC, aunque con algunas excepciones. Así, en el GSBA la dimensión de

Psicoticismo posee un coeficiente bajo ($\alpha=0,53$) y en el GC alto ($\alpha=0,84$). Lo inverso ocurre con la dimensión de Ideación Paranoide, cuyo coeficiente posee un valor bajo en el GC ($\alpha= 0,54$) y alto en el GSBA ($\alpha=0,78$). En el resto de dimensiones los coeficientes serían moderados en ambos grupos para las dimensiones de Hostilidad y Ansiedad fóbica (coeficientes entre 0,60 y 0,70) y, en general más satisfactorios para el resto de dimensiones, particularmente en la dimensión de Depresión (en el GC, $\alpha=0,83$ y en el GSBA, $\alpha=0,88$).

Tabla 19. Diferencias de medias en las dimensiones evaluadas por el SCL-90: GSBA (N=59) y GC (N=85).

Dimensión Sintomática	Control (N=85)		SBA (N=59)		t	d Cohen
	M	DT	M	DT		
Somatización	0,54	0,48	1,32	0,84	-6.41***	1.18
Obsesivo-compulsivo	0,30	0,35	1,15	0,70	-8.65***	1.62
Sensibilidad interpersonal	0,16	0,27	0,62	0,56	-5.80***	1.11
Depresión	0,41	0,48	1,60	0,92	-9.07***	1.70
Ansiedad	0,26	0,34	1,18	0,68	-9.54***	1.80
Hostilidad	0,07	0,19	0,54	0,52	-6.64***	1.32
Ansiedad fóbica	0,03	0,14	0,29	0,48	-4.03***	.84
Ideación paranoide	0,15	0,30	0,54	0,73	-3.96***	.76
Psicoticismo	0,05	0,20	0,35	0,34	-6.10***	1.11
Depresión Melancólica	0,38	0,55	1,45	0,86	-8.36***	1.52
Índice de Gravedad Global	0,26	0,29	0,97	0,52	-9.58***	1.75
Total síntomas positivos	13,01	11,59	35,37	15,17	-9.55***	1.67
Índice Malestar síntomas positivos	1,72	0,46	2,36	0,52	-7.55***	1.31

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

Los resultados de la **tabla 19** evidencian, claramente, que las mujeres con SBA presentan mayor cantidad y diversidad de síntomas psicopatológicos y, a su vez, mayor sufrimiento a causa de estos a diferencia del Grupo de Control ($t=-7,55$; $p<.001$).

Están expuestas a un mayor sufrimiento psíquico y psicósomático global ($t=-9,58$; $p<.001$) y existe una mayor amplitud y diversidad de síntomas positivos en el grupo de SBA que en el Grupo de Control ($t=-9,55$; $p<.001$).

Las mujeres pertenecientes al grupo de SBA obtienen puntuaciones estadísticamente significativas en todas las dimensiones de la SCL-90-R. Los resultados asociados a la d de Cohen muestran que estas diferencias son pronunciadas en prácticamente todas las escalas y en los tres índices generales (valores cercanos o superiores a 0,80).

Cuando comparamos los resultados obtenidos por las mujeres que padecen el Síndrome de Boca Ardiente con una muestra de 278 mujeres pertenecientes a un grupo de población general no clínica (González de Rivera, 1990), constatamos que los percentiles alcanzados por las primeras en los índices globales son sensiblemente más altos (en torno al P90).

Si hacemos un análisis pormenorizado de las distintas dimensiones sintomáticas observamos que los percentiles más altos (P90) lo alcanzan en dimensiones tales como *Depresión y Ansiedad*. En segundo lugar con un P85 dimensiones como *Somatización y Obsesión-compulsión*. Con un P70 *Sensibilidad interpersonal, Hostilidad e Ideación Paranoide*. Por último, en *Ansiedad Fóbica* alcanzan un P60.

Según lo expuesto, vemos con claridad que las mujeres aquejadas de Boca Ardiente se localizan en todas las dimensiones analizadas, en percentiles significativamente más altos que el grupo de mujeres sin patología oral.

Sin embargo, si establecemos la comparación de las mujeres con SBA con la muestra de 98 pacientes con disfunción psicósomática temporo-mandibular (González de Rivera, 1990) vemos como los percentiles alcanzados por las primeras en dos de los índices globales (*Índice de gravedad global e Índice total de síntomas positivos*) son sensiblemente más bajos. No obstante, es curioso como las mujeres diagnosticadas de SBA presentan un percentil significativamente más alto en el índice de malestar de síntomas positivos (P80).

Por otra parte, si hacemos un análisis minucioso de las distintas dimensiones sintomáticas observamos que los percentiles más altos (P70) lo alcanzan en variables tales como *Depresión y Ansiedad*. En segundo lugar con un P65 *Somatización* y con un

P60 *Obsesión-compulsión*. El resto de dimensiones alcanzan percentiles medios (en torno a P50). Así, los percentiles que obtiene el grupo de SBA, como cabía esperar, son más bajos cuando establecemos la comparación con el grupo de Disfunción Temporomandibular (DTM).

Los resultados considerando el tipo de SBA se presentan en la **tabla 20**.

Tabla 20. Análisis de medias según el tipo de SBA: Tipo I (N=28) y Tipo II (N=26).

Dimensión Sintomática	Tipo I (N=28)		Tipo II (N=26)		t	Tamaño del efecto
	M	DT	M	DT		
Somatización	1,25	0,84	1,49	0,87	-1.03	.28
Obsesivo-compulsivo	1,08	0,69	1,32	0,69	-1.28	.37
Susceptibilidad interpersonal	0,49	0,46	0,8	0,64	-2.05*	.55
Depresión	1,45	0,9	1,86	0,89	-1.73	.45
Ansiedad	1,22	0,74	1,25	0,62	-.15	.04
Hostilidad	0,48	0,61	0,63	0,43	-1.03	.28
Ansiedad fóbica	0,26	0,35	0,3	0,56	-.37	.08
Ideación paranoide	0,34	0,52	0,74	0,88	-2.04*	.55
Psicoticismo	0,28	0,31	0,47	0,37	-2.13*	.55
Depresión Melancólica	1,4	0,87	1,51	0,79	-.48	.13
Índice de Gravedad Global	0,89	0,51	1,12	0,5	-1.63	.45
Total síntomas positivos	33,93	15,82	38,88	13,37	-1.25	.33
Índice de malestar somático positivo	2,23	0,56	2,56	0,44	-2.19*	.58

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student * = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

De los resultados de la **tabla 20** se desprenden diferencias estadísticamente significativas en cuanto al "Índice de malestar somático positivo". Las mujeres pertenecientes al grupo de SBA tipo II sienten mayor malestar y sufrimiento a causa del número de síntomas que presentan (t=-2,19; p<.05).

Si nos centramos en los resultados relativos a las dimensiones sintomáticas, encontramos tres diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres pertenecientes

al grupo SBA tipo II tienen mayores sentimientos de timidez y vergüenza. Tienden a sentirse inferiores a los demás ($t=-2,05$; $p<.05$). También presentan un mayor nivel de "psicoticismo" ($t=-2,13$; $p<.05$), y síntomas relativos a la "ideación paranoide" ($t=-2,04$; $p<.05$). Los resultados asociados al tamaño del efecto muestran que estas diferencias son moderadas (valores en torno a 0,50).

3.2.7. Dolor en el SBA Tipo I y Tipo II

A continuación se exponen las comparaciones entre el Tipo I y el II en relación a las dimensiones de dolor (**tabla 21**), evaluadas únicamente en el GSBA.

Tabla 21. Análisis de medias según el tipo de SBA: Tipo I (N=28) y Tipo II (N=26).

Variable	Tipo I (N=28)		Tipo II (N=26)		t	Tamaño del efecto
	M	DT	M	DT		
Intensidad del dolor	4,87	0,97	4,32	1,31	1.69	.47
Apoyo social percibido	10,5	5,69	9,62	5,47	.58	.15
Malestar general durante la semana anterior	14,71	4,36	17	4,47	-1.90	.51
Cambios en las relaciones personales	5,96	4,98	7,35	4,67	-1.05	.28
Interferencia del dolor sobre la actividad	8,39	5,88	10,85	6,31	-1.48	.40
Cambios en las actividades sociales	14,61	5,34	15,42	4,82	-.59	.15
Autocontrol percibido	7,11	1,91	6,77	2,8	.51	.14
Respuestas distractoras	21	8,99	17,69	9,88	1.28	.35
Respuesta de ayuda	7,64	7,1	8,69	7,01	-.55	.14
Respuesta de expresión de sentimientos negativos	3,29	4,65	4,88	5,52	-1.15	.31
Tareas de hogar	23,32	9,28	22,65	8,84	.27	.07
Actividades sociales	6,43	3,85	5,35	5,16	.87	.23
Actividades fuera de casa	9,07	5,52	6,04	5,69	1.99*	.54
Tareas de bricolaje	2,32	4,26	1,42	2,96	.91	.24

Nota.- M= Media, DT= Desviación típica, T= T de Student * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$.

Los resultados de las comparaciones entre las mujeres de Síndrome de Boca Ardiente Tipo I y Síndrome de Boca Ardiente Tipo II (tabla 21), únicamente muestran una diferencia estadísticamente significativa ($t=1,99$; $p<.05$). Las mujeres con SBA tipo I realizan más *actividades sociales* a pesar de su dolor que las mujeres con SBA tipo II. Esto, nos indica que ambos grupos son bastante homogéneos respecto a los factores de dolor que evalúa el cuestionario WHYMPY.

No obstante, a pesar de no encontrar más diferencias significativas, en cuanto a cómo influye el dolor en el comportamiento de las mujeres y en su entorno, si profundizamos en nuestro análisis y consideramos las medias de ambos grupos, podemos observar como el Tipo II puntúa más alto, con respecto al Tipo I, en la mayor parte de las variables evaluadas: “Malestar general durante la semana anterior”, “Cambios en las relaciones personales”, “Interferencia del dolor en la actividad”, “Cambio en las actividades sociales”, etc.

Por el contrario, el Tipo I obtiene una mayor puntuación en dimensiones, tales como, "intensidad del dolor", “respuestas distractoras”, “actividades fuera de casa”, “Tareas de bricolaje” y “Apoyo social percibido”, etc.

3.3. Análisis factoriales

Con el fin de resumir los patrones de covariación entre las diferentes variables evaluadas comunes a los dos grupos, se realizaron análisis factoriales, uno para cada grupo participante en la investigación.

Las variables introducidas en cada uno de los análisis, comunes a los dos grupos han sido las siguientes: las dos variables correspondientes al SVEAD, las características de personalidad (E, N, factores de afrontamiento y apoyo social), las variables relativas a la calidad de vida y las dimensiones de síntomas psicopatológicos. No obstante, los coeficientes de correlación simple entre las distintas variables para cada grupo se encuentran en el Anexo II (tablas número 35 a 49 para el grupo SBA y para el Grupo Control tablas número 50 a 64).

El procedimiento de rotación seguido en los análisis ha sido varimax con componentes principales. Los resultados de ambos análisis se muestran en las **tablas 22** (GC) y **23** (GSBA).

Tabla 22. Análisis factorial: Grupo Control (N=85)

	Matriz de Componentes Rotados								
	1	2	3	4	5	6	7	8	h2
Volumen Estresores	.29	-.06	.02	.89	.08	-.16	.08	-.08	.93
Impacto Estresores	.26	-.04	-.03	.90	.11	-.08	.11	-.08	.91
Extraversión	-.11	.00	.08	-.10	-.14	.08	.06	.92	.90
Neuroticismo	.25	-.19	-.07	.06	.76	-.11	.15	.07	.72
Afrontamiento Conductual Centrado en Problema	-.02	.08	.87	-.04	-.14	.04	.11	-.03	.80
Afrontamiento Cognitivo Centrado en Problema	.04	.13	.86	.07	-.19	-.03	.01	-.03	.81
Escape Cognitivo	.36	-.06	.45	-.11	.30	-.11	.01	.27	.52
Afrontamiento Centrado en Emociones	.08	.11	.62	.04	.22	.22	-.31	.33	.70
Apoyo Emocional-Informacional	-.11	.02	.08	-.09	-.02	.94	-.08	.03	.93
Apoyo Afectivo	-.23	.12	.05	-.12	-.15	.87	.16	.08	.89
Apoyo Instrumental	-.29	-.02	-.17	-.11	-.03	.62	-.46	.01	.72
Función Física	-.22	.88	.05	.10	-.11	.01	.00	.02	.84
Rol Físico	-.14	.89	.10	.04	.02	-.04	.07	-.02	.84
Dolor	-.18	.82	-.03	-.17	-.17	.02	.01	-.03	.76
Salud General	.03	.83	.00	-.13	-.17	.25	-.08	-.05	.81
Vitalidad	-.07	.40	.28	-.24	-.56	.02	.06	.15	.64
Función Social	-.14	.85	.17	-.08	-.21	-.04	-.06	.10	.83
Rol Emocional	-.13	-.06	.02	-.12	-.18	-.01	-.89	-.08	.87
Salud Mental	-.27	.23	.01	-.10	-.78	.05	-.13	.17	.79
Somatización	.55	-.34	.03	.48	.20	-.24	.11	.11	.75
Obsesión-Compulsión	.69	-.13	.13	.25	.18	-.18	.39	.01	.78
Suceptibilidad Interpersonal	.78	-.20	-.14	.27	.21	-.06	-.01	.04	.79
Depresión	.63	-.24	-.16	.30	.38	-.19	.35	-.05	.88
Ansiedad	.77	-.17	.14	.22	.29	-.01	.24	-.05	.83

Continuación tabla 22

	Matriz de Componentes Rotados								h2
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Hostilidad	.73	.02	.41	-.11	.12	-.10	.03	.06	.75
Ansiedad Fóbica	.67	-.19	-.17	.08	-.14	-.05	.35	.01	.67
Ideación Paranoide	.80	.02	.14	.10	.11	-.18	-.11	-.15	.74
Psicoticismo	.87	-.24	-.10	.21	.06	-.13	-.13	-.05	.91
Depresión Melancólica	.56	-.08	.22	.09	.35	-.12	.43	-.18	.73
Valor Propio	9,69	3,87	2,48	1,78	1,51	1,41	1,29	1,01	/
% Varianza Total	19,91	14,89	9,02	8,30	8,28	8,28	6,61	4,15	79,42
% Var. Extra. Rot	25,07	18,75	11,36	10,45	10,43	10,43	8,33	5,23	100

Por lo que se refiere al GC, se han obtenido un total de 8 factores que explican el 79,42% de la varianza total. A continuación pasamos a describir cada uno de los factores.

El **primer factor**, posee un valor propio de 9,69 y explica el 19,91% de la varianza total y el 25,07% de la extraída por la rotación. Es un factor claro de *psicopatología* que agrupa las 10 dimensiones de síntomas evaluadas por la SCL-90. Las saturaciones factoriales oscilan entre unos valores de .55 (somatización) y .87 (psicoticismo).

El **segundo factor**, posee un valor propio de 3,87, explicando el 14,89% de la varianza total y el 18,75% de la extraída por la rotación. Es un factor que podríamos calificar de *calidad de vida física*, ya que de las cinco variables que lo componen, cuatro se corresponden con el componente de salud física del SF-36 y sólo una (función social) con el componente de salud mental. Todos los pesos factoriales de las cinco variables agrupadas en este factor superan el valor de .80.

El **tercer factor**, posee un valor propio de 2,48 y explica el 9,02% de la varianza total y el 11,36% de la extraída por la rotación. Es un factor claro de *afrentamiento*, pues agrupa las 4 variables evaluadas por el COPE, todas ellas con cargas positivas, oscilando entre unos valores de .45 (escape cognitivo) y .87 (afrentamiento conductual centrado en el problema).

El **cuarto factor**, con un valor propio de 1,78, explica el 8,30% de la varianza total y el 10,45% de la varianza rotada. Se trata de un factor de *acontecimientos vitales*, donde las dos variables globales de este cuestionario poseen saturaciones de .89 (volumen de estresores) y .90 (impacto de los estresores).

El **quinto factor**, con un valor propio de 1,51, explica el 8,28% de la varianza total y el 10,43% de la varianza rotada. Se trata de un factor bipolar de *inestabilidad emocional* en el que satura positivamente en un polo N (.76) y en el otro negativamente las dimensiones de calidad de vida de vitalidad (-.56) y salud mental (-.78) del SF-36.

El **sexto factor**, posee un valor propio de 1,41 y explica el 8,28% de la varianza total y el 10,43% de la extraída por la rotación. Se trata de un factor de *apoyo social* que agrupa las tres variables evaluadas por el MOS con cargas respectivas de .94 (emocional/informacional), .87 (afectivo) y .62 (instrumental).

El **séptimo factor**, posee un valor propio de 1,29 y explica un 6,61% de la varianza total y el 8,33% de la varianza rotada. Está compuesto por una única variable con carga negativa, concretamente se trata de la variable de *rol emocional* (-.89) correspondiente al cuestionario SF-36.

Por último, el **octavo factor**, posee un valor propio de 1,01 y explica el 4,15% de la varianza total y el 5,23% de la extraída por la rotación. Se trata de un factor de *extraversión*, en el que carga esta única variable con un peso de .92.

En líneas generales, los resultados obtenidos en las mujeres del GC muestran que los diferentes constructos evaluados son independientes, apareciendo las variables agrupadas de forma coherente con una excepción que se corresponde con aquellas variables que se incluyen en el componente global de salud mental del SF-36. Particularmente sobresale el hecho de que la variable *rol emocional* emerja como un factor independiente y más aún con carga negativa. Teniendo en cuenta el significado de esta dimensión, cabría decir que en el GC un aspecto claramente diferenciado en las mujeres de mediana edad es la perturbación que los problemas emocionales les generan en la vida cotidiana.

En cuanto al GSBA (**tabla 23**), el análisis factorial dio lugar a la obtención de siete factores que explicaron el 73,23% de la varianza total.

Tabla 23. Análisis factorial: Grupo SBA (N=59)

	Matriz de Componentes Rotados							
	1	2	3	4	5	6	7	h2
Volumen Estresores	-.13	.83	-.16	.08	.22	.06	.08	.80
Impacto Estresores	-.26	.84	-.12	-.03	.13	.04	.03	.81
Extraversión	.06	-.04	.24	-.06	.15	-.72	-.07	.62
Neuroticismo	-.33	.35	-.13	.54	-.13	.07	.02	.56
Afrontamiento Conductual Centrado en Problema	.05	.20	.19	.09	.77	-.20	.05	.72
Afrontamiento Cognitivo Centrado en Problema	.49	.17	.15	.12	.42	-.35	.28	.68
Escape Cognitivo	.07	.08	-.05	.07	.18	.08	.78	.67
Afrontamiento Centrado en Emociones	-.09	.06	-.11	.02	.79	.02	.17	.68
Apoyo Emocional-Informacional	.41	-.22	.15	-.18	.67	.04	-.32	.83
Apoyo Afectivo	.43	-.20	.15	-.06	.63	-.05	-.37	.78
Apoyo Instrumental	.27	-.19	.03	.09	.25	-.21	-.66	.66
Función Física	.21	.02	.74	-.25	-.26	.14	-.07	.75
Rol Físico	.21	-.25	.79	-.05	.02	-.24	.18	.82
Dolor	.11	-.05	.75	-.35	-.01	-.22	-.21	.80
Salud General	.54	-.23	.45	-.23	.12	-.09	-.00	.63
Vitalidad	.66	-.08	.31	-.43	.07	-.18	-.12	.78
Función Social	.54	-.42	.51	.08	.01	-.06	-.08	.74
Rol Emocional	.55	-.35	.36	-.07	.08	.10	.13	.59
Salud Mental	.83	-.20	.06	-.23	.12	-.25	-.13	.88
Somatización	-.21	.13	-.45	.50	.13	.18	.28	.64
Obsesión-Compulsión	-.17	.37	-.30	.52	.14	.40	.16	.73
Suceptibilidad Interpersonal	-.13	.64	-.00	.57	-.25	.18	.14	.87

Continuación tabla 23

	Matriz de Componentes Rotados							
	1	2	3	4	5	6	7	h2
Depresión	-.55	.38	-.30	.39	-.14	.30	.22	.85
Ansiedad	-.53	.17	-.07	.58	.14	.32	.05	.77
Hostilidad	-.07	.06	-.25	.79	.06	-.01	-.13	.71
Ansiedad Fóbica	-.19	.28	.18	.19	-.04	.71	.16	.70
Ideación Paranoide	.05	.68	-.06	.39	-.17	.17	.25	.73
Psicoticismo	-.28	.68	-.05	.44	-.05	.19	.11	.79
Depresión Melancólica	-.42	.10	-.31	.19	.04	.54	.17	.64
Valor Propio	10,64	3,07	2,15	1,61	1,38	1,35	1,03	/
% Varianza Total	13,66	13,62	11,19	11,13	9,36	7,83	6,44	73,23
% Var. Extra. Rot	18,65	18,60	15,28	15,20	12,78	10,70	8,79	100

El **primer factor**, posee un valor propio de 10,64 y explica el 13,66% de la varianza total y el 18,65% de la extraída por la rotación. Se trata de un factor de *calidad de vida mental* que agrupa 7 variables: con carga positiva todas aquellas que se incluyen en el componente global de salud mental más el factor de salud general del SF-36, junto al afrontamiento cognitivo centrado en el problema, y con carga negativa la depresión.

El **segundo factor** posee un valor propio de 3,07 y explica un 13,62% de la varianza total y el 18,60% de la extraída por la rotación. Este factor agrupa 5 variables, indicando que el volumen de estresores experimentado (.83) y su impacto (.84) se conectan en estas mujeres de mediana edad con la presencia de síntomas psicopatológicos específicos, a saber: la mayor susceptibilidad interpersonal (.64), la ideación paranoide (.68) y el psicoticismo (.68) más elevados.

El **tercer factor**, posee un valor propio de 2,15 explicando el 11,19% de la varianza total y el 15,28% de la extraída por la rotación. Es un factor que puede denominársele de *salud física*, ya que agrupa tres de las variables que se incluyen en el componente global correspondiente del SF-36.

El **cuarto factor**, posee un valor propio de 1,61, explicando el 11,13% de la varianza total y el 15,20% de la extraída por la rotación. Se trata de un factor de

inestabilidad emocional, donde satura positivamente N (.54) y la mayor parte de síntomas psiquiátricos que cabe esperar de las personas que obtienen puntuaciones elevadas en esta dimensión teniendo en cuenta el modelo de Eysenck (1985), concretamente: somatización (.50), obsesión-compulsión (.52), ansiedad (.58) y hostilidad (.79).

El **quinto factor**, posee un valor propio de 1,38 y explica el 9,36% de la varianza total y el 12,78 de la rotada. Se trata de un factor que combina el afrontamiento conductual centrado en el problema (.77) y el afrontamiento centrado en las emociones (.79) con el apoyo emocional-informacional (.67) y afectivo (.63).

El **sexto factor**, posee un valor propio de 1,35, explicando el 7,83% de la varianza total y el 10,70% de la rotada. Se trata de un factor de introversión, en la medida que por un lado satura negativamente la dimensión de E (-.72) y por otra positivamente, síntomas psicopatológicos tales como la ansiedad fóbica (.71) y la depresión melancólica (-.54), algo también coherente con el modelo de Eysenck.

Finalmente, el **séptimo factor**, posee un valor propio de 1,03 y explica el 6,44% de la varianza total y el 8,79% de la extraída por la rotación. Se trata de un factor bipolar que contrasta el escape cognitivo (.78), como estrategia de afrontamiento menos eficaz, con la percepción de un menor apoyo instrumental (-.66).

Como cabía esperar, la estructura factorial del GSBA es sustancialmente diferente a la obtenida en relación con el GC. Por el momento, cabe destacar que en el caso de las mujeres que padecen SBA los síntomas psiquiátricos relacionados con los estresores vitales y su impacto tienen que ver más con síntomas que tradicionalmente caen bajo el “espectro de los trastornos psicóticos” (particularmente por lo que se refiere a la ideación paranoide y el psicoticismo) que bajo el “espectro de los trastornos de ansiedad-depresión”. En el caso de los síntomas de sensibilidad interpersonal los datos indican que esta variable también posee cargas altas en el cuarto factor (también se relaciona con síntomas psiquiátricos relacionados con la ansiedad, pero no con la depresión). En el caso de las mujeres que componen el GC, los estresores y las escalas psiquiátricas del SCL-90 se agrupan en dos factores independientes.

3.4. Análisis discriminantes

Como una manera de completar los análisis bivariados (análisis de medias y análisis de correlaciones presentadas en el Anexo II), se llevó a cabo análisis multivariado, concretamente análisis discriminantes con procedimiento V de Rao. Debido al número de sujetos y variables, se realizaron tres análisis entre el GC y el GSBA: uno con las variables de personalidad (emocionales y cognitivas), otro con las variables de calidad y de vida y otro con las variables de síntomas.

En la **tabla 24** se muestran los resultados relativos al análisis discriminante con las dimensiones de personalidad, afrontamiento y apoyo social.

Tabla 24. Análisis discriminante entre el GSBA (N=59) y el GC (N=85) usando las dimensiones correspondientes a personalidad (EPQ-R), afrontamiento (COPE) y apoyo social (MOS).

(A) Resumen de pasos

Paso	Variable	Lambda De Wilks	Significación	V de Rao	Cambio en V de Rao	Significación Del cambio
1	Neuroticismo	.59	.000	96,93	96,93	.000
2	Apoyo emocional o informacional	.53	.000	125,67	28,74	.000

(B) Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda De Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.89	100,0	.69	.53	89,38	2	.000

Continuación tabla 24

(C) Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
Neuroticismo	.74
Apoyo emocional o informacional	-.50

(D) Coeficientes de estructura

	Función
Neuroticismo	.88
Apoyo emocional o informacional	-.70
Apoyo afectivo	-.62
Apoyo instrumental	-.41
Afrontamiento cognitivo del problema	-.23
Extraversión	-.23
Afrontamiento conductual centrado en el problema problema	-.20
Escape cognitivo	.17
Afrontamiento centrado en las emociones	-.12

(E) Valor de los centroides

	Función
Grupo Control	-.78
Boca Ardiente	1.12

Continuación tabla 24

(F) Resultados de la clasificación

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia diagnóstica	
		Grupo Control	Boca Ardiente
85	Grupo Control	75 (88,2%)	10 (11,8%)
59	Boca Ardiente	16 (27,1%)	43 (72,9%)

Clasificados correctamente el 81,9% de los casos agrupados originales.

Cabe comentar los siguientes aspectos:

(a) De las 9 dimensiones introducidas, la combinación de variables que permite discriminar con mayor claridad entre ambos grupos son: *el neuroticismo y el apoyo emocional o informacional*.

(b) La correlación canónica posee un valor de 0,69 y el valor correspondiente a Lambda de Wilks de 0,53, lo que indica un cierto solapamiento entre los grupos. Sin embargo el valor transformado de Lambda ($\chi^2=89,38$) tiene asociado un nivel crítico de significación de $p < .000$, lo que sirve para rechazar hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

(c) Los coeficientes estandarizados indican que de las dos variables la que mayor peso tiene y aporta más para la discriminación entre los dos grupos es *el neuroticismo* (0,74).

(d) Los coeficientes de estructura nos indican que la correlación de las variables seleccionadas con la función discriminante es alta.

(e) El valor de los centroides nos indica que las mujeres pertenecientes al Grupo de Control puntúan de modo negativo en la función discriminante, mientras que las que pertenecen al grupo Síndrome de Boca Ardiente lo hacen de modo positivo.

(f) Finalmente, con las variables seleccionadas se puede clasificar correctamente al 81,9% de todas las mujeres. Respecto a la adscripción correcta de las mujeres a sus respectivos grupos, el porcentaje de clasificación correcta es el siguiente: un 88,2% en el caso de mujeres pertenecientes al Grupo Control y un 72,9% en el caso de las que padecen el Síndrome de Boca Ardiente.

En la **tabla 25** se muestra el análisis discriminante correspondiente a la calidad de vida.

Tabla 25. Análisis discriminante entre el GSBA (N=59) y el GC (N=85) con las dimensiones correspondientes a la Calidad de Vida (SF-36).

(A) Resumen de pasos

Paso	Variable	Lambda De Wilks	Significación	V de Rao	Cambio en V de Rao	Significación Del cambio
1	Rol emocional	.58	.000	104,78	104,78	.000
2	Dolor	.54	.000	123,40	18,62	.000
3	Salud Mental	.52	.000	131,51	8,11	.000
4	Función Física	.50	.000	140,66	9,15	.000

(B) Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda De Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.99	100,0	.71	.50	96,38	4	.000

(C) Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
Función Física	-.32
Dolor	.48
Rol Emocional	.74
Salud Mental	.29

Continuación tabla 25

(D) Coeficientes de estructura

	Función
Rol emocional	.86
Salud Mental	.66
Función Social	.63
Vitalidad	.57
Dolor	.52
Salud General	.45
Rol físico	.38
Función Física	.24

(E) Valor de los centroides

	Función
Grupo Control	.82
Boca Ardiente	-.19

(F) Resultados de la clasificación

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia diagnóstica	
		Grupo Control	Boca Ardiente
85	Grupo Control	80 (94,1%)	5 (5,9%)
59	Boca Ardiente	20 (33,9%)	39 (66,1%)

Clasificados correctamente el 82,6% de los casos agrupados originales.

Cabe comentar los siguientes aspectos:

(a) De las 8 dimensiones introducidas, la combinación de variables que permite discriminar con mayor claridad entre ambos grupos son: *el rol emocional, el dolor, salud mental y función física*.

(b) La correlación canónica posee un valor de 0,71 y el valor correspondiente a Lambda de Wilks de 0,50, lo que indica un cierto solapamiento entre los grupos. Sin embargo el valor transformado de Lambda ($\chi^2=96,38$) tiene asociado un nivel crítico de significación de $p < .000$, lo que sirve para rechazar hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

(c) Los coeficientes estandarizados indican que de las cuatro variables la que mayor peso tiene y aporta más para la discriminación entre los dos grupos es el *rol emocional* (0,74).

(d) Los coeficientes de estructura nos indican que la correlación de las variables seleccionadas con la función discriminante es alta.

(e) El valor de los centroides nos indica que las mujeres pertenecientes al Grupo de Control puntúan de modo positivo en la función discriminante, mientras que las que pertenecen al grupo Síndrome de Boca Ardiente lo hacen de modo negativo.

(f) Finalmente, con las variables seleccionadas se puede clasificar correctamente al 82,6% de todas las mujeres. Respecto a la adscripción correcta de las mujeres a sus respectivos grupos, el porcentaje de clasificación correcta es el siguiente: un 94,1% en el caso de mujeres pertenecientes al Grupo Control y un 66,1% en el caso de las que padecen el Síndrome de Boca Ardiente.

En la **tabla 26** se muestra el análisis discriminante con las dimensiones correspondientes a la sintomatología.

Tabla 26. Análisis discriminante entre el GSBA (N=59) y el GC (N=85) usando con las dimensiones correspondientes a sintomatología (SCL-90).

(A) Resumen de pasos

Paso	Variable	Lambda De Wilks	Significación	V de Rao	Cambio en V de Rao	Significación Del cambio
1	Ansiedad	.56	.000	113,29	113,78	.000
2	Depresión	.52	.000	129,07	15,78	.000

Continuación tabla 26

(B) Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda De Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.91	100,0	.69	.52	91,16	2	.000

(C) Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
Ansiedad	.47
Depresión	.62

(D) Coeficientes de estructura

	Función
Ansiedad	.94
Depresión	.89
Obsesión-compulsión	.71
Psicoticismo	.70
Depresión Melancólica	.68
Sensibilidad Interpersonal	.68
Somatización	.67
Ideación Paranoide	.50
Ansiedad Fóbica	.50
Hostilidad	.48

Continuación tabla 26

(E) Valor de los centroides

	Función
Grupo Control	-.79
Boca Ardiente	1.14

(F) Resultados de la clasificación

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia diagnóstica	
		Grupo Control	Boca Ardiente
85	Grupo Control	80 (94,1%)	5 (5,9%)
59	Boca Ardiente	17 (28,8%)	42 (71,2%)

Clasificados correctamente el 84,7% de los casos agrupados originales

Cabe comentar los siguientes aspectos:

(a) De las 10 dimensiones introducidas, la combinación de variables que permite discriminar con mayor claridad entre ambos grupos son: *la ansiedad y la depresión*.

(b) La correlación canónica posee un valor de 0,69 y el valor correspondiente a Lambda de Wilks de 0,52, lo que indica un cierto solapamiento entre los grupos. Sin embargo el valor transformado de Lambda ($\chi^2=91,16$) tiene asociado un nivel crítico de significación de $p < .000$, lo que sirve para rechazar hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

(c) Los coeficientes estandarizados indican que de las dos variables la que mayor peso tiene y aporta más para la discriminación entre los dos grupos es *la depresión* (0,62).

(d) Los coeficientes de estructura nos indican que la correlación de las variables seleccionadas con la función discriminante es alta.

(e) El valor de los centroides nos indica que las mujeres pertenecientes al Grupo de Control puntúan de modo negativo en la función discriminante, mientras que las que pertenecen al grupo Síndrome de Boca Ardiente lo hacen de modo positivo.

(f) Finalmente, con las variables seleccionadas se puede clasificar correctamente al 84,7% de todas las mujeres. Respecto a la adscripción correcta de las mujeres a sus respectivos grupos, el porcentaje de clasificación correcta es el siguiente: un 94,1% en el caso de mujeres pertenecientes al Grupo Control y un 71,2% en el caso de las que padecen el Síndrome de Boca Ardiente.

3.5. La experiencia de dolor en el GSBA

En este bloque de resultados se mostrarán aquellos que comprometen el tercero de nuestros objetivos. Nuestro foco de atención se dirige de forma intensiva al estudio de las mujeres con SBA. Se distinguen tres apartados en función de cada una de las tres hipótesis que fueron planteadas.

3.5.1. Dolor y SBA

A fin de poner a prueba la hipótesis 3.1. mostramos los datos relativos al cuestionario de dolor (WHYMPI) que cumplimentaron las mujeres diagnosticadas de SBA (N=59). Se ofrecerán los estadísticos básicos (alpha de Cronbach, medias y desviaciones típicas) de las 13 variables que evalúa el WHYMPI. Estos resultados se contrastarán con los obtenidos por Oteo (2010) en mujeres diagnosticadas de Fibromialgia y Artritis Reumatoide.

En la **tabla 27** se presentan los estadísticos básicos para cada una de las 13 variables evaluadas por el WHYMPI.

Tabla 27. Estadísticos básicos de las variables evaluadas por el WHYMPI (N=59).

	SBA (N=59)			
	Nº ítems	α	M	DT
Apoyo social percibido	3	.87	10,12	5,36
Malestar general durante la semana anterior	4	.71	15,46	4,73
Cambios en las relaciones personales	3	.86	6,54	4,83
Interferencia del dolor sobre la actividad	4	.80	9,24	6,22
Cambios en las actividades sociales	4	.79	14,64	5,28
Autocontrol percibido	2	.65	6,97	2,33
Respuestas distractoras	6	.85	19,25	9,38
Respuesta de ayuda	5	.76	8,31	6,83
Respuesta de expresión de sentimientos negativos	3	.95	3,95	4,91
Tareas de hogar	6	.89	23,25	8,70
Actividades sociales	3	.61	6,08	4,41
Actividades fuera de casa	5	.67	7,44	5,85
Tareas de bricolaje	3	.81	1,88	3,57

Nota.- α = Alfa de Cronbach; M = Media; DT = Desviación típica.

La mayor parte de las variables presentan coeficientes de consistencia interna (alpha de Cronbach) satisfactorios. Los más bajos, se corresponden con las variables de frecuencia actual de *actividades sociales* ($\alpha=0,61$) y *autocontrol percibido* ($\alpha=0,65$).

Los más altos, con valores cercanos o superiores a 0,90 se corresponden con las variables relativas a *respuestas de expresión de sentimientos negativos* ($\alpha=0,95$), *tareas del hogar* ($\alpha=0,89$) y *apoyo social percibido* ($\alpha=0,87$). El resto de variables alcanzan índices de consistencia interna satisfactorios que se sitúan en un rango entre 0,70 y 0,86.

Las mujeres con SBA parecen obtener puntuaciones ligeramente altas en la influencia del dolor sobre la realización de las tareas cotidianas del hogar (M=23,25), las respuestas distractoras (M=19,25) y el malestar general experimentado durante la

semana anterior (M=15,46). Más interesante es comparar estos resultados, aunque sea de “forma gruesa”, tomando como referencia los obtenidos por Oteo (2010) en mujeres con Fibromialgia y con Artritis Reumatoide que cumplimentaron el WHYMPI.

Hemos extraído los resultados de su estudio que se presentan en la **tabla 28**. En esta tabla se muestran las medias y desviaciones típicas en los factores del WHYMPI de estos dos grupos. Una de las variables del WHYMPI (respuestas de expresión de sentimientos negativos, no aparece recogida en el estudio de Oteo por la escasa consistencia interna que obtuvo esta variable en el estudio).

Tabla 28. Medias y desviaciones típicas en las variables del WHYMPI en mujeres diagnosticadas con Fibromialgia (FM) y con Artritis Reumatoide (AR). Tomado de Oteo (2010).

	FM (N=37)		AR (N=29)	
	M	DT	M	DT
Apoyo social percibido	11,00	6,38	13,40	5,28
Malestar general durante la semana anterior	14,14	5,24	8,63	5,60
Cambios en las relaciones personales	7,68	5,78	4,03	5,05
Interferencia del dolor sobre la actividad	19,08	5,64	13,90	6,56
Cambios en las actividades sociales	17,51	5,03	11,33	7,07
Autocontrol percibido	7,78	3,61	9,40	3,56
Respuestas distractoras	20,24	11,80	22,93	7,98
Respuestas de ayuda	10,32	8,57	14,00	7,57
Tareas del hogar	53,59	8,66	53,60	14,15
Actividades fuera de casa	28,70	11,19	30,13	12,78
Tareas de bricolaje	4,49	5,11	5,20	7,10
Actividades sociales	13,08	8,94	16,33	9,97

Nota.- M = Media; DT = Desviación típica.

Los resultados más destacables de esta comparación (**tablas 27 y 28**) serían los siguientes:

- 1) Las mujeres diagnosticadas de SBA (M=15,46) presentan más *malestar general* durante la semana anterior a la evaluación que las mujeres diagnosticadas con Fibromialgia (M=14,14) y, particularmente, se distinguirían, claramente, en esta variable de las mujeres diagnosticadas con Artritis Reumatoide (M=8,63). Sin embargo, la influencia del dolor sobre las actividades sociales ofrecería el patrón inverso: las más afectadas serían las mujeres con AR (M=16,33) y las mujeres con FM (M=13,08) y las diagnosticadas de SBA obtendrían puntuaciones medias más bajas (M=6,08).
- 2) Por otra parte, la *interferencia del dolor* sobre la vida diaria, las limitaciones que genera en la realización de las *tareas del hogar* y en *actividades que se realizan fuera de casa*, representan factores del WHYMPI, particularmente el primero, que caracterizaría más claramente a las mujeres diagnosticadas con SBA de las diagnosticadas con FM y AR, en el sentido de observarse un deterioro menor en esos aspectos como consecuencia del dolor en las mujeres con SBA.
- 3) Puede destacarse, igualmente, las puntuaciones más bajas en *apoyo social percibido* de las mujeres con SBA (M=10,02) y FM (M=11,00) en comparación con las mujeres del grupo de AR (M=13,40), que son las que poseen una percepción más positiva en relación al apoyo social que piensan pueden proporcionarles los demás.
- 4) Por último, señalar que el grupo de AR es el que obtiene mejores resultados en *control percibido sobre el dolor*, las *respuestas de ayuda* por parte de los demás y los *cambios* que este produce *en las relaciones personales*. Así, las medias que obtiene este grupo son respectivamente más altas en las dos primeras y más baja en la tercera, en comparación con el grupo de FM y con el grupo de SBA.

3.5.2. La experiencia de dolor y otras características psicosociales en las mujeres con SBA.

3.5.2.1. Dolor y Sucesos vitales estresantes

En este apartado se muestra el análisis de las correlaciones entre el WHYMPI y las dimensiones del SVEAD.

Tabla 29. Análisis correlacionales entre Dolor y Acontecimientos Vitales Estresantes en el GSBA (N=59).

	SV_Volumen	SV_Impacto
Intensidad del dolor	.16	.25
Apoyo social	.23	-.24
Malestar General semana anterior	.15	.25
Interferencia del dolor en relaciones personales	.15	.28*
Interferencia del dolor en actividad	.15	.26
Cambios en las actividades sociales	.28*	.40**
Autocontrol percibido	-.03	-.20
Respuestas distractoras	-.24	-.22
Respuestas de ayuda	-.15	-.19
Expresión de sentimientos negativos	.46***	.43**
Tareas domésticas	.03	.08
Actividades fuera del hogar	-.18	-.13
Tareas de Bricolaje	-.06	-.03
Actividades sociales	.22	.22

Tabla 28. Análisis correlacionales entre Dolor y Acontecimientos vitales estresantes. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

En base a los análisis correlacionales (*Dolor-Sucesos Vitales estresantes*) correspondientes a la **tabla 29** podemos señalar lo siguiente:

- a) El Impacto de los Sucesos Estresantes se asocia positivamente con la Expresión de sentimientos negativos ($r=0,43$; $p<0.01$), con los Cambios en las actividades sociales ($r=0,40$; $p<0.01$) y con la Interferencia del dolor en las relaciones personales ($r=0,28$; $p<0.05$).
- b) El Volumen de estresores, asimismo, se asocia con la Expresión de sentimientos negativos ($r=0,46$; $p<0.001$) y con los Cambios en las actividades sociales ($r=0,28$; $p<0,05$).

3.5.2.2. Dolor y Personalidad (Extraversión y Neuroticismo)

En este apartado se muestra el análisis de las correlaciones entre el WHYMPI y las dimensiones emocionales de la personalidad (extraversión y neuroticismo).

Tabla 30. Análisis correlacionales entre Dolor y dimensiones emocionales de la personalidad en el GSBA (N=59).

	Extraversión	Neuroticismo
Intensidad del dolor	-.13	.27*
Apoyo social	.04	-.23
Malestar General semana anterior	-.21	.53***
Interferencia del dolor en relaciones personales	-.36**	.36**
Interferencia del dolor en actividad	-.33*	.30*
Cambios en las actividades sociales	-.27*	.39**
Autocontrol percibido	.27	-.34**
Respuestas distractoras	.10	-.30*
Respuestas de ayuda	-.22	-.21
Expresión de sentimientos negativos	.03	.42**
Tareas domésticas	.34**	-.11
Actividades fuera del hogar	.42**	-.45***
Tareas de Bricolaje	.38**	-.21
Actividades sociales	.18	-.02

Tabla 30. Análisis correlacionales entre Dolor y Personalidad. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

En relación a los análisis correlacionales (*Dolor-extraversión/neuroticismo*) correspondientes a la **tabla 30** podemos señalar lo siguiente:

- a) La dimensión extraversión se asocia negativamente con la interferencia del dolor en la actividad ($r=-0,33$; $p<0.05$), con los cambios en las actividades sociales ($r=-0,27$; $p<0.05$) y con la Interferencia del dolor en las relaciones personales ($r=-0,36$; $p<0.01$). Por otra parte, se relaciona positivamente con las tareas domésticas ($r=0,34$; $p<0.01$), las actividades fuera del hogar ($r=0,42$; $p<0.01$) y con las tareas de bricolaje ($r=0,38$; $p<0.01$).
- b) La dimensión neuroticismo se asocia de manera positiva con malestar general la semana anterior ($r=0,53$; $p<0.001$), interferencia del dolor en las relaciones personales ($r=0,36$; $p<0.01$), interferencia del dolor en la actividad ($r=0,30$; $p<0.05$), cambios en las actividades sociales ($r=0,39$; $p<0.01$) y con la expresión de sentimientos negativos ($r=0,42$; $p<0.01$). Por otra parte, se asocia negativamente con respuestas distractoras ($r=-0,34$; $p<0.01$), respuestas de ayuda

($r=-0,30$; $p<0,05$), actividades fuera del hogar ($r=-0,45$; $p<0,001$) y autocontrol percibido ($r=0,34$; $p<0,01$).

3.5.2.3. Dolor y Afrontamiento

En este apartado se muestra el análisis de las correlaciones entre el WHYMPI y las dimensiones cognitivas de la personalidad.

Tabla 31. Análisis correlacionales entre Dolor y afrontamiento en el GSBA (N=59).

	Afrontamiento conductual centrado en el problema	Afrontamiento cognitivo del problema	Escape cognitivo	Afrontamiento Centrado en las emociones
Intensidad del dolor	-.22	-.26*	.02	-.08
Apoyo social	.09	.04	-.17	.19
Malestar General semana anterior	-.20	-.40**	.01	.02
Interferencia del dolor en las relaciones personales	-.22	-.31*	.02	.01
Interferencia del dolor en actividad	.18	-.35**	.03	.03
Cambios en las actividades sociales	-.17	-.35**	.03	.06
Autocontrol percibido	.15	.56***	-.05	.11
Respuestas distractoras	.31*	.14	-.28*	.30*
Respuestas de ayuda	.17	.04	.17	.12
Expresión de sentimientos negativos	-.13	-.06	.16	-.08
Tareas domésticas	.17	.20	.13	.15
Actividades fuera del hogar	.34**	.35**	.03	.07
Tareas de Bricolaje	.40	.49	-.24	.10
Actividades sociales	.23	.22	.01	.20

Tabla 31. Análisis correlacionales entre Dolor y Afrontamiento. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

- a) En primer lugar, podemos observar que los aspectos negativos evaluados por el WHYMPI (intensidad del dolor, malestar general durante la semana anterior, interferencia del dolor en las relaciones personales y en la actividad así como los cambios que el dolor produce en las actividades sociales) covarían todos negativa y significativamente con el afrontamiento cognitivo del problema. A su vez este tipo de afrontamiento covaría de manera directa con alguno de los aspectos positivos evaluados por el WHYMPI (autocontrol percibido y actividades fuera del hogar). Entre estos aspectos positivos, destacamos el autocontrol percibido con un alto nivel de significación ($r=-0,56$; $p<0,001$).

- b) Por otra parte, destacamos el hecho de que las respuestas distractoras covarían de manera directa con el afrontamiento conductual centrado en el problema ($r=0,31$; $p<0.05$) y con el afrontamiento centrado en las emociones ($r=0,30$; $p<0.05$). Sin embargo, covaría de manera inversa y significativa con el escape cognitivo ($r=-0,28$; $p<0.05$).
- c) Por otro lado, las actividades fuera del hogar se relacionan de manera positiva con el afrontamiento conductual centrado en el problema ($r=0,34$; $p<0.01$) y con el afrontamiento cognitivo del problema ($r= 0,35$; $p<0.01$).

3.5.2.4. Dolor y Apoyo social percibido.

En este apartado se muestra el análisis de las correlaciones entre el WHYMPI y el apoyo social percibido por las pacientes con SBA.

Tabla 32. Análisis correlacionales entre Dolor y Apoyo social percibido en el GSBA (N=59).

	Apoyo emocional o informacional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental	Apoyo total
Intensidad del dolor	-.34**	-.31*	.06	-.29*
Apoyo social	.41**	.48***	.51***	.50***
Malestar General semana anterior	-.44***	-.36**	-.25	-.44**
Interferencia del dolor en las relaciones personales	-.34**	-.33**	-.22	-.36**
Interferencia del dolor en actividad	-.13	-.18	-.14	-.16
Cambios en las actividades sociales	-.30*	-.29*	-.15	-.31*
Autocontrol percibido	.36**	.34**	.07	.34**
Respuestas distractoras	.51***	.56***	.49***	.58***
Respuestas de ayuda	.13	.10	.29*	.17
Expresión de sentimientos negativos	-.41**	-.41**	.25	.43**
Tareas domésticas	.20	.32*	.04	.23
Actividades fuera del hogar	.34**	.40**	.17	.37**
Tareas de Bricolaje	.39**	.48***	.28*	.44***
Actividades sociales	.17	.17	.02	.16

Tabla 32. Análisis correlacionales entre Dolor y Apoyo social percibido. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

-
- a) En primer lugar, podemos observar como la mayor parte de las dimensiones contempladas por el WHYMPI covarían de manera significativa con el apoyo percibido total.
 - b) En el patrón mencionado anteriormente, sobresale el *apoyo social* ($r=0,50$; $p<0.001$), las *respuestas distractoras* ($r=0,58$; $p<0.001$) y las *tareas de bricolaje* ($r=0,44$; $p<0.001$). Estas dimensiones covarían de manera muy potente con todas las dimensiones del apoyo social percibido
 - c) Entre los aspectos positivos evaluados por el WHYMPY destacamos la covariación directa y significativa de las respuestas distractoras, el autocontrol percibido, de la realización de actividades fuera del hogar y la realización de tareas de bricolaje con la mayoría de las dimensiones relacionadas con el apoyo social percibido.
 - d) Entre los aspectos negativos evaluados por el WHYMPI recalcamos la covariación inversa y significativa de la intensidad del dolor, el malestar general la semana anterior, interferencia del dolor en las relaciones personales y cambios en las actividades sociales con la mayoría de las dimensiones del apoyo social.
 - e) Por otro lado, el apoyo instrumental apenas mantiene relaciones significativas con los distintos factores evaluados por el WHYMPI. En todo caso el mayor apoyo instrumental tiene que ver con las respuestas distractoras al dolor ($r=0,49$; $p<0.001$), las respuestas de ayuda ($r=0,29$; $p<0.05$), y las tareas de bricolaje ($r=0,28$; $p<0.05$).

3.5.2.5. Dolor y Calidad de vida

En este apartado se muestra el análisis de las correlaciones entre el WHYMPI y las dimensiones de CVRS.

En base a los análisis correlacionales (*Dolor-Calidad de Vida*) correspondientes a la **tabla 33** podemos señalar lo siguiente:

- a) En primer lugar, podemos observar que los aspectos negativos evaluados por el WHYMPI (intensidad del dolor, malestar general durante la semana anterior, interferencia del dolor en las relaciones personales y en la actividad así como los cambios que el dolor produce en las actividades sociales y la expresión de sentimientos negativos por parte de los demás), covarían todos negativa y significativamente con las dimensiones de CVRS.

- b) En el patrón mencionado anteriormente sobresale el *malestar subjetivo general experimentado la semana anterior*, que es el factor que presentan las correlaciones inversas más potentes con las puntuaciones globales del SF36 de Salud Física ($r=-0,54$; $p<0.001$) y Salud Mental ($r=-0,69$; $p<0.001$).
- c) Entre los aspectos positivos evaluados por el WHYMPY destacamos la covariación directa y significativa de la realización de actividades fuera del hogar, la realización de tareas de bricolaje y el autocontrol percibido con casi todas las dimensiones relacionadas con la CVRS.
- d) El factor que presenta las correlaciones directas más significativas con la puntuación global de Salud Física, es la realización de *tareas de bricolaje* ($r= 0,48$; $p<0.001$). Sin embargo, el factor que correlaciona de un modo más significativo con la Salud Mental es el *autocontrol percibido* ($r=0,47$; $p<0.001$).

Tabla 33. Análisis correlacionales entre Dolor y Calidad de vida en el GSBA

(N=59).

	Intensidad del dolor	Apoyo Social	Malestar General la Semana anterior	Interferencia Dolor en rel. personal	Interferencia Dolor en Actividad	Cambios Actividades sociales	Autocontrol Percibido	Respuestas Distractoras	Respuestas de Ayuda	Expresión de Sentimientos Negativos	Tareas Domésticas	Actividad Fuera hogar	Tareas de Bricolaje	Actividades Sociales
Funcionamiento Físico	-.34**	.16	-.37**	-.33**	-.30*	-.36**	.38**	.18	-.27*	-.35**	.35**	.34**	.33*	.27*
Rol Físico	-.39**	.05	-.42**	-.41**	-.55***	-.50***	.33**	.08	-.06	-.14	.26*	.33*	.46***	.19
Dolor	-.40**	-.02	-.48***	-.35**	-.38**	-.43**	.25	.16	-.12	-.18	.11	.34**	.38**	.14
Salud General	-.30*	.25	-.57***	-.53***	-.36**	-.44***	.47***	.35**	.20	-.41**	.21	.34**	.38**	.11
Vitalidad	-.45***	.26*	-.75***	-.45***	-.37**	-.45***	.47***	.31*	.09	-.32*	.18	.42**	.43**	.15
Funcionamiento Social	-.40**	.13	-.54***	-.62***	-.48***	-.57***	.44**	.29*	.13	-.45***	.17	.35**	.40**	-.06
Rol Emocional	-.50***	.20	-.41**	-.31*	-.38**	-.37**	.26*	.16	.27*	-.30*	.12	.14	.26*	-.04
Salud Mental	-.37**	.25	-.75***	-.48***	-.35**	-.51***	.53***	.37**	.27*	-.38**	.23	.48***	.46***	-.02
PCS	-.44***	.12	-.54***	-.49***	-.51***	-.53***	.43**	.21	-.09	-.30*	.30*	.41**	.48***	.22
MCS	-.54***	.25	-.69***	-.52***	-.47***	-.55***	.47***	.31*	.25	-.42**	.20	.37**	.44**	.00

Tabla 33. Análisis correlacionales entre Dolor y Calidad de Vida. Se han utilizado abreviaturas: PCS= Salud Física General y MCS= Salud Mental General.

(* = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

3.5.2.6. Dolor y Síntomas psicológicos generales

En este apartado se muestra el análisis de las correlaciones entre el WHYMPI y las dimensiones de la SCL-90.

Tabla 34. Análisis correlacionales entre Dolor y Síntomas psicológicos en el GSBA (N=59).

En base a los análisis correlacionales (*Dolor-Sintomatología*) correspondientes a la tabla 34 podemos señalar lo siguiente:

- a) En primer lugar, podemos observar que los aspectos negativos evaluados por el WHYMPI (intensidad del dolor, malestar general durante la semana anterior, interferencia del dolor en las relaciones personales y en la actividad así como los cambios que el dolor produce en las actividades sociales y la expresión de sentimientos negativos por parte de los demás) covarían todos positiva y significativamente con la mayor parte de las dimensiones de la SCL-90.
- b) En el patrón mencionado anteriormente, sobresale el *malestar subjetivo general experimentado la semana anterior*, que es el factor que presentan las correlaciones directas más potentes con las puntuaciones globales de la SCL-90 del Índice de Gravedad Global ($r=0,62$; $p<0.001$), Total de Síntomas Positivos ($r=0,56$; $p<0.001$) y el Índice de Malestar de Síntomas Positivos ($r=0,59$; $p<0.001$).
- c) Entre los aspectos positivos evaluados por el WHYMPY destacamos la covariación inversa y significativa de la realización de actividades fuera del hogar, la realización de tareas de bricolaje, el autocontrol percibido y la expresión de sentimientos negativos con la mayoría de las dimensiones relacionadas con la sintomatología psicopatológica.
- d) La dimensión que presenta la correlación más significativa con los índices globales (Índice de Gravedad Global ($r=-0,46$; $p<0.001$) y el Total de Síntomas Positivos ($r=0,41$; $p<0.01$)) es la *realización de actividades fuera del hogar*. Sin embargo, el factor que correlaciona de un modo más significativo en sentido inverso con el Índice de Malestar de síntomas positivos es el *autocontrol percibido* ($r=-0,39$; $p<0.01$).

- e) Sobresale el hecho de que el apoyo social percibido sea independiente de las diferentes dimensiones de la SCL-90, a excepción de la relación inversa existente con los síntomas de sensibilidad interpersonal, con la que se observa una relación inversa ($r=-0,30$; $p<0.05$).
- f) Por otro lado, los síntomas de hostilidad y ansiedad fóbica apenas mantienen relaciones significativas con los distintos factores evaluados por el WHYMPI. En el caso de los primeros, en todo caso la mayor hostilidad tiene que ver con la expresión de sentimientos negativos por parte de los demás ($r=0,30$; $p<0.05$), y en el de los segundos con los cambios en las relaciones personales de modo positivo y con las tareas de bricolaje de modo negativo (el valor del coeficiente es idéntico con ambas variables: $r=0,28$; $p < 0,05$).

	Intensidad del dolor	Apoyo Social	Malestar General la Semana Anterior	Interferencia del Dolor en las relaciones personales	Interferencia del Dolor en la Actividad	Cambios en las Actividades sociales	Autocontrol Percibido	Respuestas Distractoras	Respuestas de Ayuda	Expresión de Sentimientos Negativos	Tareas Domésticas	Actividad Fuera hogar	Tareas De Bricolaje	Actividades Sociales
Somatización	.32*	-.18	.50***	.29*	.36**	.44***	-.24	-.17	.03	.13	-.06	-.31*	-.28*	-.27*
Obsesivo-compulsivo	.47***	-.14	.47***	.39**	.49***	.53***	-.37**	-.16	.06	.24	-.18	-.29*	-.33**	-.22
Sensibilidad interpersonal	.25	-.30*	.32*	.33*	.31*	.29*	-.17	-.34**	-.25	.49***	-.23	-.37**	-.19	-.06
Depresión	.43**	-.22	.72***	.49***	.43**	.60***	-.50***	-.28*	-.11	.36**	-.30*	-.48***	-.45***	-.14
Ansiedad	.28*	-.09	.57***	.25	.33*	.43**	-.32*	-.15	-.00	.27*	-.11	-.37**	-.25	.02
Hostilidad	.20	-.02	.26	.09	.06	.08	-.20	-.09	.07	.30*	-.25	-.22	-.18	-.05
Ansiedad fóbica	.05	-.04	.19	.16	.25	.28*	-.22	-.09	-.02	.11	-.03	-.26	-.28*	.04
Ideación paranoide	.29*	-.17	.23	.30*	.20	.27*	-.00	-.37**	-.29*	.43**	-.07	-.30*	-.19	.09
Psicoticismo	.32*	-.25	.40**	.35**	.26*	.36**	-.13	-.30*	-.28*	.49***	.01	-.35**	-.20	.11
Depresión Melancólica	.39**	-.03	.48***	.32*	.39**	.54***	-.45***	-.12	.10	.03	-.12	-.32*	-.49***	-.18
Índice de Gravedad Global	.44**	-.21	.62***	.43**	.45***	.57***	-.40**	-.27*	-.07	.35**	-.20	-.46***	-.41**	-.14
Total síntomas positivos	.42**	.20	-.56***	-.45***	-.47***	-.54***	.33*	.28*	.08	-.34**	.22	.41**	.38**	.12
Índice Malestar síntomas	.36**	-.17	.59***	.24	.29*	.43**	-.39**	-.22	.06	.20	-.11	-.30*	-.34**	-.07

Tabla 34. Análisis correlacionales entre Dolor y Síntomas psicológicos. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

3.5.3. El papel mediador de la experiencia de dolor, el afrontamiento y el apoyo social en las mujeres con SBA.

En este apartado se presentan los resultados que comprometen a la hipótesis 1.3., hipótesis que plantea el papel mediador que desempeñan las dimensiones de dolor, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido, cuando se considera, por una parte, el nivel de estresores previo o las características temperamentales de personalidad (predictores) y, por otra, la salud física y salud mental de las mujeres con SBA (criterios).

Para poner a prueba esta hipótesis se ha empleado el análisis de mediación siguiendo el método de Preacher y Hayes (2008), que permite probar simultáneamente varias variables mediadoras a la vez. Las condiciones que deben cumplir las variables serían las siguientes: (i) la variable predictora debe relacionarse significativamente con la variable criterio; (ii) la variable predictora debe relacionarse significativamente con las potenciales mediadoras; (iii) las variables mediadoras deben relacionarse significativamente con la variable criterio y la relación entre la variable predictora inicial y la variable criterio debe disminuir cuando ambas (predictora y mediadora) se incluyen en la ecuación de regresión.

A partir de las diversas pautas de covariación que cumplen estas condiciones si se observan los coeficientes de correlación que se expusieron en el apartado 3.5.2., el interés se dirige a considerar como variables predictoras (VIs) el nivel de estresores experimentados por las mujeres y su temperamento (extraversión y neuroticismo) y como variables criterio (VDs) el componente sumatorio de las dimensiones de salud física del SF-36 (PCS) y el índice de malestar subjetivo general experimentado por las mujeres (IGG). Por otra parte, no todas las variables candidatas a ser mediadoras (las dimensiones de dolor evaluadas por el WHYMPI, los distintos factores de afrontamiento y el apoyo social percibido), cumplen con las condiciones de mediación. Dependiendo de la variable predictora y de la variable criterio de que se trate emergen unos aspectos como mediadores relevantes u otros. En líneas generales los patrones de covariación nos muestran que podemos considerar para los criterios de salud física (PCS) y malestar psicológico general (IGG) las siguientes variables mediadoras:

- a) El papel mediador conjunto que desempeñan los cambios en las actividades sociales (W5), la respuesta de expresión de sentimientos negativos (W9) y el afrontamiento conductual centrado en el problema (COPE1) entre el volumen de

estresores experimentados por las mujeres y su salud física (PCS) y mental (IGG).

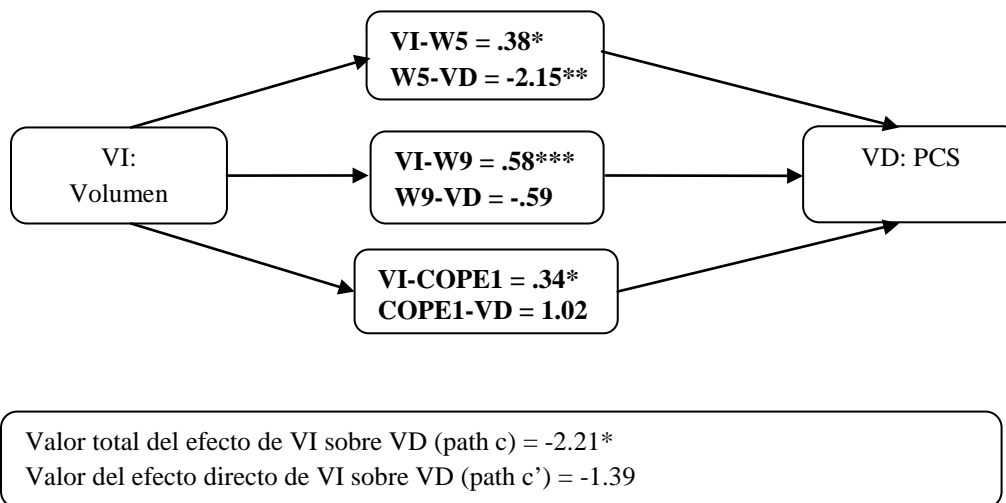
- b) El papel mediador conjunto que desempeñan los cambios en las relaciones personales (W3), la interferencia del dolor sobre la actividad (W4), los cambios en las actividades sociales (W5), el autocontrol percibido sobre el dolor (W6) y el apoyo social percibido (MOS-Total) entre el nivel de extraversión (E) de las mujeres y su salud física (PCS) y mental (IGG).
- c) El papel mediador conjunto que desempeña el malestar general durante la semana anterior (W2), los cambios en las relaciones personales (W3), la interferencia del dolor sobre la actividad (W4) los cambios en las actividades sociales (W5), el autocontrol percibido sobre el dolor (W6), las respuestas distractoras (W7), la respuesta de expresión de sentimientos negativos (W9) y el apoyo social percibido (MOS-Total) entre el nivel de neuroticismo (N) de las mujeres y su salud física (PCS) y mental (IGG).

Cada uno de los apartados anteriores conlleva la presentación de dos análisis de mediación: uno para cada una de las dos variables criterio consideradas ya que el predictor inicial es el mismo (bien se trate de los acontecimientos vitales, la extraversión o el neuroticismo).

3.5.3.1. Relaciones de mediación entre el volumen de sucesos vitales estresantes y la Salud física/mental.

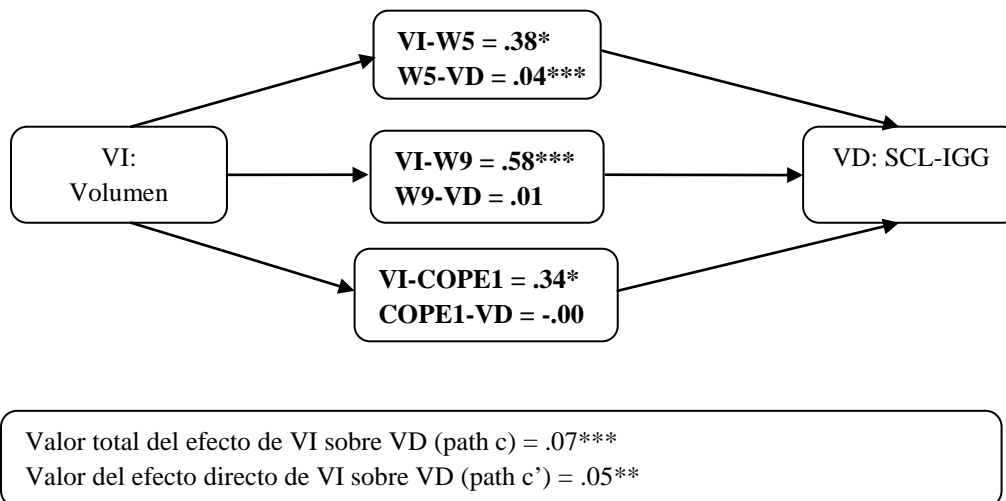
En los Gráficos 22 y 23 se presentan los resultados de mediación obtenidos entre el volumen de sucesos vitales experimentados por las mujeres y su salud física (PCS) y mental (IGG) respectivamente. En el Anexo III se presentan las tablas con los valores obtenidos en estos análisis (tablas número 65 a la 70).

Gráfico 22. Relaciones de mediación entre Volumen de estresores y Salud física.



Nota: Volumen = SVEAD Volumen de sucesos vitales; W5 = Cambios en las actividades sociales; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; COPE1 = Afrontamiento conductual centrado en el problema; PCS = SF-36 Puntuación general en salud física. Significancia: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Gráfico 23. Relaciones de mediación entre Volumen de estresores y Salud mental.



Nota: Volumen = SVEAD Volumen de sucesos vitales; W5 = Cambios en las actividades sociales; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; COPE1 = Afrontamiento conductual centrado en el problema; SCL-IGG = SCL-90 Índice Gravedad Global. Significancia: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Los resultados muestran lo siguiente:

- De las tres variables introducidas como mediadoras en estos análisis, se observa que en el caso de la salud física, son los cambios en las actividades sociales como consecuencia del dolor, junto a la mayor cantidad de estresores

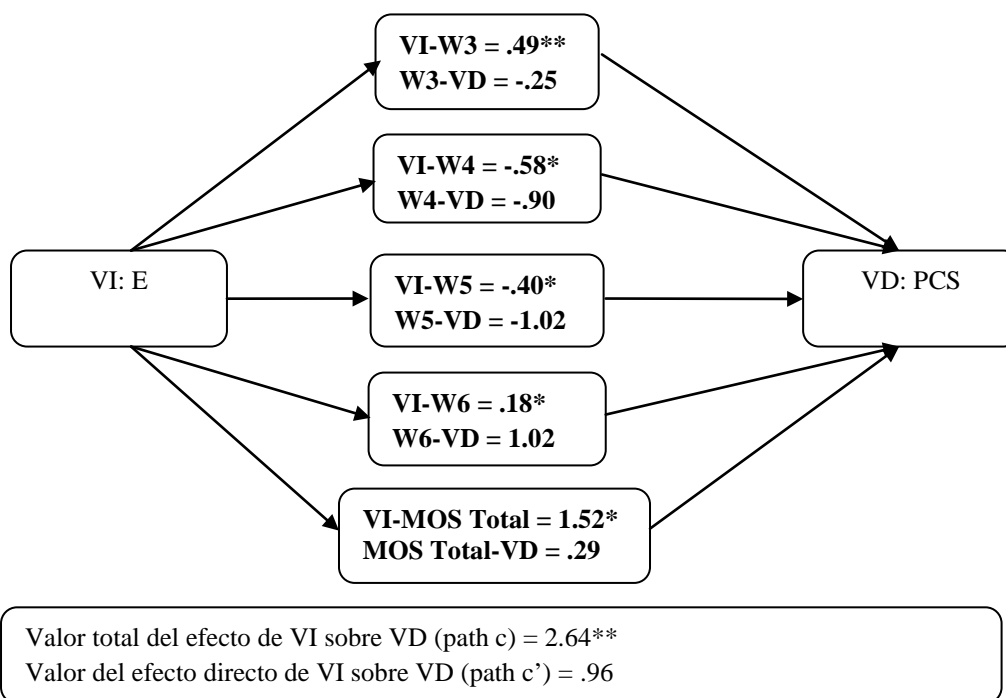
experimentados, lo que repercute más negativamente en la salud de las mujeres (Beta=-2,15; $p < .01$). En las otras dos variables el peso del efecto no es significativo y, en todo, de las dos variables los datos de las tablas (ver Anexos) sugieren que el afrontamiento conductual centrado en el problema es más importante. El efecto de mediación que se produce es total ya que el valor de la relación entre el volumen de estresores y la salud física ($c = -2,21$; $p < .05$) que era significativo, deja de serlo una vez introducidas las variables mediadoras ($c' = -1,39$).

- b) En el caso de la salud mental, de nuevo, los cambios en las relaciones sociales como consecuencia del dolor emergen como la variable con mayor peso (Beta=.04; $p < .01$). Sin embargo, en este caso el tamaño del efecto es mucho menor y el efecto de mediación obtenido sería parcial y no total como en el caso anterior (aunque el efecto del volumen de los estresores sobre la salud mental disminuye en su significación cuando se introduce la variable mediadora, la relación aún sigue siendo significativa ya que pasa de $c = .07$; $p < .001$ a $c' = .05$, $p < .01$). En suma, el mayor volumen de estresores acompañados de cambios en las relaciones sociales contribuye al mayor malestar subjetivo general de las mujeres. Recordemos que los estresores característicos que presentaban estas mujeres se ligaban en gran medida con la conflictividad familiar.

3.5.3.2. Relaciones de mediación entre Extraversión y Salud física/mental.

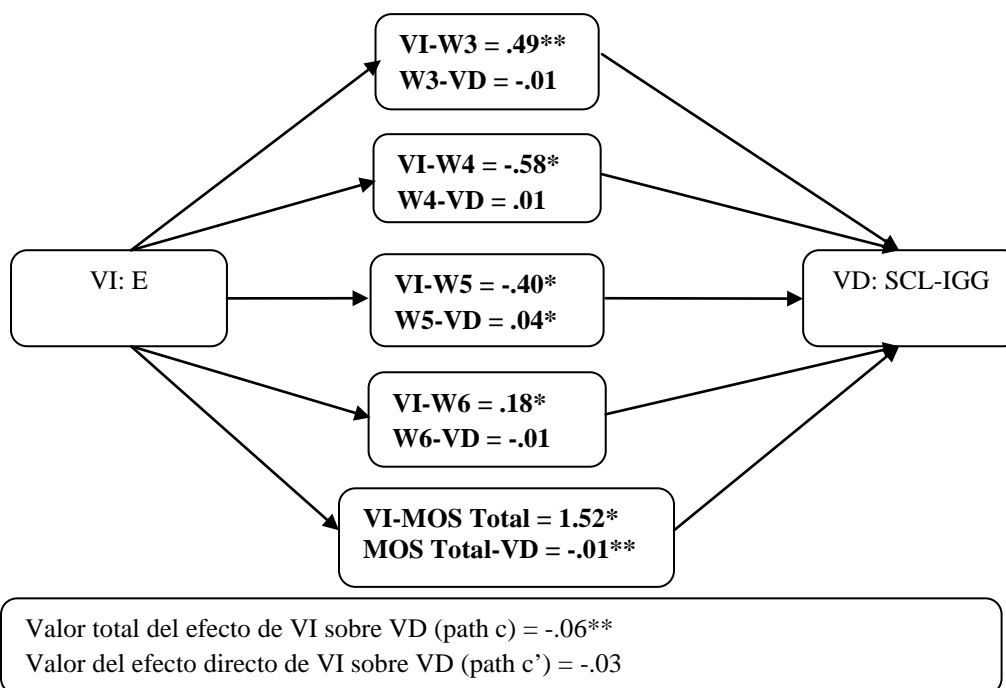
En los Gráficos 24 y 25 se presentan los resultados de mediación obtenidos entre el nivel de extraversión que caracteriza a las mujeres y su salud física (PCS) y mental (IGG) respectivamente. En el Anexo III se presentan las tablas con los valores obtenidos en estos análisis.

Gráfico 24. Relaciones de mediación entre Extraversión y Salud física.



Nota: E = Extraversión; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; MOS Total = MOS Apoyo Total; PCS = SF-36 Puntuación general en salud física: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Gráfico 25: Relaciones de mediación entre Extraversión y Salud mental.



Nota: E = Extraversión; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; MOS Total = MOS Apoyo Total; SCL-IGG = SCL-90 Índice Gravedad Global. Significancia: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

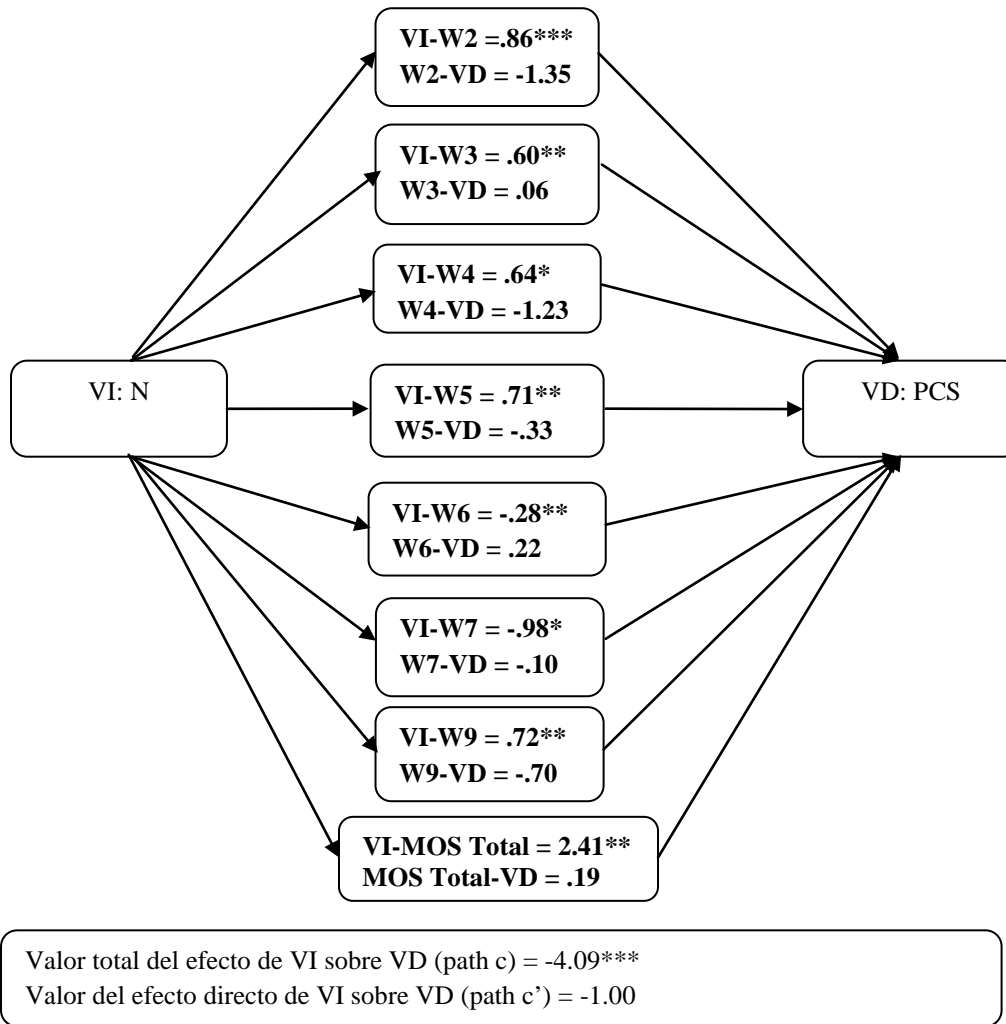
Estos resultados muestran lo siguiente:

- a) Por lo que se refiere a la salud física, se ha encontrado un efecto de mediación total, siendo la contribución de cada una de las variables mediadoras introducidas en el análisis bastante similar. Entre el panorama de relaciones de mediación que presentan las distintas variables se puede observar como, por ejemplo, el temperamento extravertido se relaciona con mayor apoyo social percibido y éste tiene cierto peso positivo sobre la salud física o que aunque la extraversión no tenga un efecto positivo demasiado elevado en relación con el autocontrol percibido sobre el dolor, sí que en el caso de estas mujeres, los efectos positivos sobre la salud física son mejores. No obstante, de las distintas variables mediadoras aquella que destacaría por los valores de significación obtenidos sería el apoyo social percibido (ver datos en las tablas del Anexo III).
- b) En cuanto a la salud mental, de las cinco variables mediadoras, destacan particularmente el peso desempeñado por el apoyo social percibido y por los cambios en las actividades sociales. De esta forma, el apoyo social percibido mayor entre las extravertidas, contribuye significativamente a un mejor bienestar psicológico general. Por otro lado, los cambios sociales en las relaciones de las mujeres extravertidas como consecuencia del dolor contribuyen a su mayor malestar psicológico. Al igual que en el caso de la salud física el efecto de mediación encontrado es total.

3.5.3.3. Relaciones de mediación entre Neuroticismo y Salud física/mental.

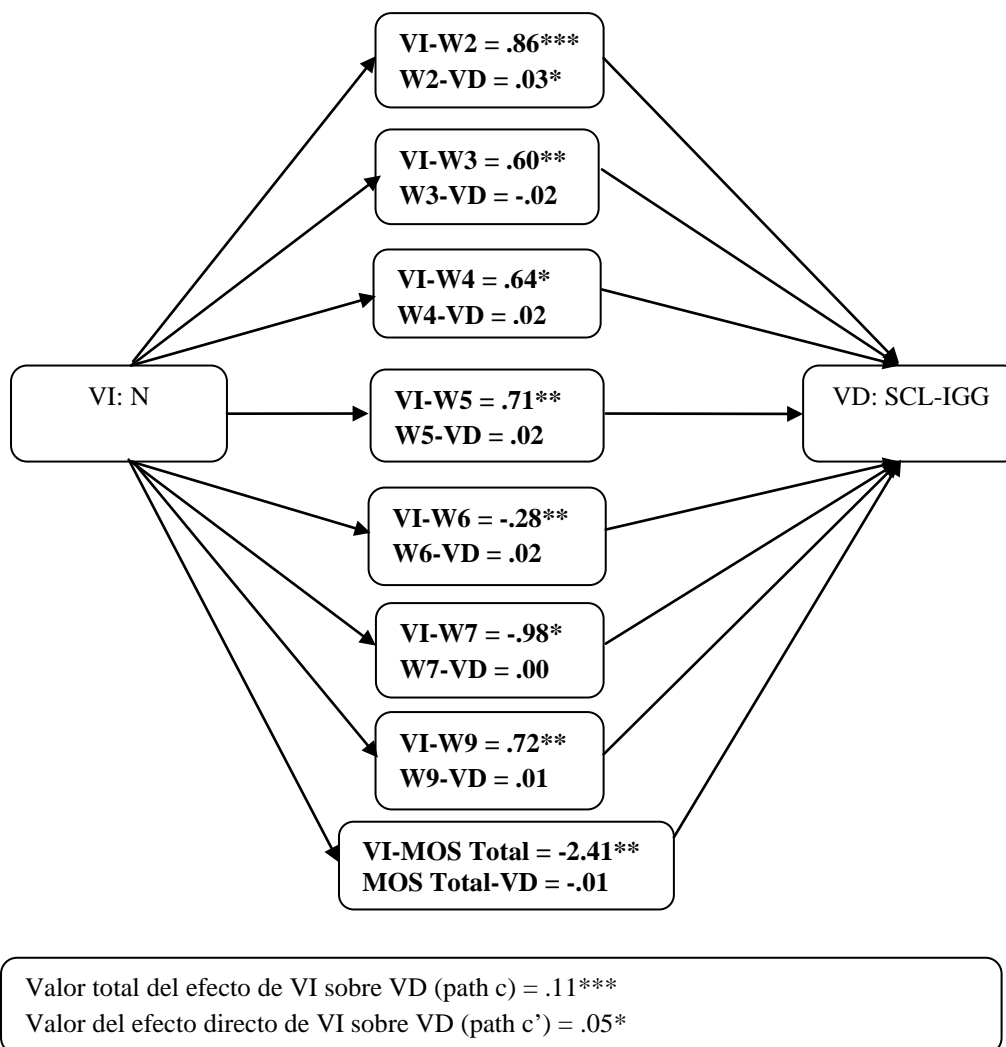
En los Gráficos 26 y 27 se presentan los resultados de mediación obtenidos entre el nivel de inestabilidad emocional de las mujeres y su salud física (PCS) y mental (IGG) respectivamente. En el Anexo III se presentan las tablas con los valores obtenidos en estos análisis.

Gráfico 26. Relaciones de mediación entre Neuroticismo y Salud física.



Nota: N = Neuroticismo; W2 = Malestar general durante la semana anterior; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; W7 = Respuestas distractoras; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; MOS Total = MOS Apoyo Total; PCS= SF-36 Puntuación general en salud física. Significancia: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Gráfico 27. Relaciones de mediación entre Neuroticismo y Salud mental.



Nota: N = Neuroticismo; W2 = Malestar general durante la semana anterior; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; W7 = Respuestas distractoras; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; MOS Total = MOS Apoyo Total; SCL-IGG = SCL-90 Índice Gravedad Global. Significancia: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Estos resultados muestran lo siguiente:

- En el caso de la salud física se observa un efecto de mediación total significativo del Neuroticismo a partir de las 8 variables mediadoras introducidas. Aunque todas ellas contribuyen de forma similar a este efecto de mediación, merece resaltarse el mejor papel de algunas de ellas. Por ejemplo, el malestar general durante la semana anterior más típico del alto N influye en su menor salud física. Lo mismo ocurre con la interferencia que como consecuencia del dolor se

produce en la actividad, que es otra vía por la que el alto N alcanza peores resultados en su salud física.

- b) Por lo que se refiere a la salud mental, el análisis concluye en un efecto de mediación parcial. De las 8 variables introducidas en el análisis de mediación múltiple, dos de ellas destacan por sus efectos significativos. Concretamente se trata del malestar general durante la semana anterior y el apoyo social percibido que roza el nivel de significación de .05 (ver tablas). Así, las quejas recientes como consecuencia del dolor físico contribuyen directamente al malestar psicológico general de las mujeres. Y, también, el menor apoyo social percibido por las mujeres más inestables emocionalmente se erige como una variable mediadora que influye de modo importante en los efectos que N posee sobre la salud mental.

CAPÍTULO IV

En este capítulo se expone la discusión de los resultados del presente trabajo y la posible relación con investigaciones afines.

El objetivo general de esta investigación se ha dirigido a explorar diferentes aspectos psicológicos y psicosociales en mujeres diagnosticadas con SBA y establecer semejanzas y/o diferencias que se encuentran en ellas cuando las comparamos con mujeres libres de patologías orales. Los factores psicológicos y psicosociales contemplados en nuestro estudio son: dolor crónico, historial de acontecimientos vitales estresantes, así como su impacto, sus características de personalidad, tanto temperamentales (Extraversión/Neuroticismo) como cognitivas (afrontamiento y apoyo social percibido), la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y los síntomas psicopatológicos generales que las caracterizan. A su vez, definir la relación existente entre variables psicológicas y aspectos relacionados con el dolor (intensidad, funcionalidad, respuestas del entorno, variables cognitivas, etc.).

4.1. Discusión

En primer lugar, se presentará la descripción del grupo de estudio (SBA) y se comentarán los datos demográficos y las características clínicas. Posteriormente, se presentará la discusión sobre las diferencias entre los grupos (GSBA y GC) en relación a las variables estudiadas (excepto dolor, ya que no se midió en el Grupo de Control). En tercer lugar, se mostrarán las diferencias entre los subtipos de SBA (Tipo I y Tipo II) en relación al dolor, síntomas psicológicos y calidad de vida. Finalmente se discutirán las características psicológicas y psicosociales propias del SBA, centrándonos en su percepción de dolor.

4.1.1. Descripción del grupo de estudio

Las **características demográficas** del grupo de estudio son similares a las obtenidas en otras investigaciones. Como muchos otros trastornos de dolor, el SBA implica dolor crónico con una edad tardía de inicio (por lo general postmenopáusica). La edad media de las pacientes con SBA se sitúa en el intervalo comprendido entre los 50 y 70 años, tal y como se ha comprobado en otros estudios (Adamo y Cols., 2015; Cerchiari y cols., 2006; De Souza y cols., 2012; Grushka y cols., 2002; Malik y cols., 2012; Silvestre, Silvestre y López, 2015).

En cuanto al nivel de estudios parece que predomina el bajo nivel educativo (sin estudios o estudios mínimos) y, es escaso el número de mujeres con estudios superiores y medios. Nuestros resultados coinciden con los de Adamo y cols. (2015), Gorsky y cols. (1991) y Lyng y cols. (2004). Estos autores encontraron que la prevalencia del SBA se daba en mujeres casadas, en paro y menos en las pacientes con educación superior.

Finalmente, respecto al nivel socio-económico, encontramos que la mayoría de las mujeres con SBA presentan una situación económica media-baja.

Si nos referimos a **las características clínicas**, concluimos al igual que han demostrado otros estudios (Dahiya y cols., 2013; Renton, 2011), que la mayor parte de las mujeres que padecen el SBA sufren ardor o quemazón en la cavidad oral desde hace más de cuatro meses y no lo asocian a ningún desencadenante odontológico o físico. Además, localizan esta sensación en la lengua y en los labios al igual que corroboran otras investigaciones (Charleston, 2013; Sardella y cols., 2006; Scala y cols., 2003; Silvestre, Silvestre y López, 2015; Spanemberg y cols., 2012).

Algunos autores han mostrado que las pacientes con SBA manifestaban a su vez, molestias acompañantes tales como sequedad bucal (xerostomía) o alteración del gusto (disgeusia) (Amos, Yeoh y Farah, 2011; Brailo y cols., 2016; Cerchiari y cols., 2006; Chimenos y Marques, 2002). Lo mismo ocurre con las pacientes de nuestro estudio; la mayoría presenta sequedad bucal como molestia asociada.

Por otro lado, las mujeres con SBA no presentan lesiones aparentes en la mucosa oral ni áreas eritematosas o depapilación en lengua o mucosa labial y paladar; resultados que coinciden con la literatura existente (Quevedo, 2015; Sardella y cols., 2006; Schiavone y cols., 2012; Silvestre, Silvestre y López, 2015).

En cuanto al ritmo que sigue el ardor, y siguiendo la clasificación de Lamey y Lewis (1989), vemos que hay mujeres que sufren esta quemazón prácticamente desde la mañana (Tipo I) y, sin embargo, otras lo sufren a partir de la tarde-noche (Tipo II). De nuestro grupo de estudio, únicamente cinco pertenecían al Tipo III, donde la sensación de ardor era intermitente, existiendo periodos del día, o incluso días, libres de síntomas.

4.1.2 Diferencias entre los grupos (GC y GSBA) en relación a las variables estudiadas.

Como hemos visto en el capítulo uno, el **objetivo general** se articula en tres **objetivos específicos**. Nuestro **primer objetivo específico** ha sido identificar las

diferencias psicosociales que se observan entre mujeres que padecen SBA y mujeres libres de patología oral en las áreas anteriormente mencionadas.

Centrándonos en la **hipótesis 1.1** *donde esperábamos que las mujeres diagnosticadas con SBA hubieran experimentado significativamente más estresores vitales que las mujeres sin patología oral*, hemos podido corroborar que así es. A su vez, estos acontecimientos han generado un mayor impacto en las mujeres con SBA que en las “sanas”. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados con anterioridad (Feinmann y Harris, 1984; Hakeberg y cols., 2003; Hammaren y Hugoson, 1989; Lamey y cols., 2005; López, Camacho y Lucero, 2008; Malik y cols., 2012; Rojo y cols., 1993; Soto, Rojas y Esguep, 2004; Svensson y Kaabe, 1995 y Yue y cols., 1999). Estas investigaciones sugieren una tipología específica de estresores como más característicos de estas mujeres, de forma que la experiencia de pérdida o los fallecimientos de familiares cercanos serían los sucesos vitales que acontecen con más frecuencia, como así ocurre con las mujeres con SBA de nuestro estudio. Sin embargo, también eran igual de frecuentes en nuestro Grupo de Control (de hecho ambos grupos no se diferenciaban en la ocurrencia de este tipo de acontecimientos), e igualmente, nuestros grupos tampoco se diferenciaban en edad. Por ello, pensamos que, la mayor emergencia de este tipo de estresores o de diferencias significativas entre grupos encontradas en los estudios mencionados puede estar sesgada por la composición etaria de los grupos de comparación. Así, a mayor edad de la persona, mayor probabilidad de experimentar “acontecimientos relacionados con fallecimientos y pérdidas de personas cercanas” y no debería olvidarse que el SBA es característico de personas mayores.

Junto a lo anterior y centrándonos en nuestros resultados, es interesante destacar que las diferencias significativas, sí denotan la existencia de estresores con un denominador común y que caracterizan de forma significativa al grupo de SBA. Nos referimos a los estresores conectados con conflictos familiares (“Tengo que tragar muchas cosas que veo para evitar problemas graves”, “Discusiones en casa”, “Discusión fuerte con ruptura de relaciones con familiares cercanos”, “Me siento utilizada por otros y no puedo escaparme”, “Traición de una persona en la que confiaba”) y estresores relacionados con sentimientos depresivos (“Ganas de no vivir más”, “Sentimientos de estar solo”, “Problemas para entenderse a sí misma”). A partir de aquí, sugerimos que para investigaciones futuras sería interesante ahondar en el “área de los conflictos

familiares” y explorar, minuciosamente, el papel que desempeñan los estresores familiares como predisponentes, precipitantes o mantenedores del SBA.

Finalmente, señalar que a diferencia de otros estudios (Hammaren y Hugoson, 1989; Lamey, Freeman, Eddie, Pankhurst y Rees, 2005; Svensson y Kaabe, 1995) no hemos encontrado diferencias significativas con respecto al grupo de mujeres “sanas”, en lo que se refiere a problemas relacionados con el mundo laboral. Tampoco esto es sorprendente, ya que, en la actualidad, la mayor parte de las mujeres de nuestra muestra no desempeñaban su trabajo fuera del hogar.

En la **hipótesis 1.2** esperábamos que, *las mujeres incluidas en el grupo con SBA obtuvieran respectivamente puntuaciones significativamente más altas en Neuroticismo (N) y más bajas en Extraversión (E) que el grupo de mujeres sin patología oral.*

Existe bastante consenso en la bibliografía especializada en el tema, en cuanto que existe un mayor desajuste emocional en los pacientes con SBA (De Souza y cols., 2015; Merigo y cols., 2007; Zakrewska, 2013). Los resultados obtenidos en nuestro trabajo, avalan que las mujeres con SBA presentan elevados niveles de ansiedad, preocupación, tendencia a la culpabilidad, fuertes cambios de humor en cortos períodos de tiempo y mayores desórdenes psicosomáticos que las mujeres del Grupo Control. En línea, Al Quaran y Jordan (2004) demostraron que los pacientes con SBA, seguían un perfil de personas neuróticas con manifestaciones de ansiedad, depresión, inestabilidad emocional, impulsividad, vulnerabilidad, etc.

Es destacable a su vez, las bajas puntuaciones obtenidas en la dimensión extraversión en comparación con el grupo de mujeres sin patología oral. Esto, obedece a que las mujeres con SBA se caracterizan por ser personas menos sociables, más retraídas y reservadas. Maina y cols. (2005) encontraron en pacientes con SBA, patrones de personalidad caracterizados por neuroticismo, alexitimia y baja extraversión. Asimismo, Cibirka, Nelson y Lefebvre (1999), definieron a estas mujeres como aprensivas e introvertidas. Teniendo en cuenta que la extraversión es un atenuante de la influencia del neuroticismo en los estados de dolor (Ballina y cols, 1995), las mujeres con SBA, a diferencia del Grupo de Control, tenían un desajuste emocional mucho más exacerbado.

Si nos centramos en la **hipótesis 1.3** *se esperaba que las mujeres con SBA utilizaran más estrategias de afrontamiento centradas en la desconexión psicológica del problema o escape cognitivo, a diferencia de las mujeres sin patología oral.* Hemos

podido comprobar que a diferencia de otras patologías en las que el dolor crónico está presente (Artritis Reumatoide, Fibromialgia, EPOQ, etc.), las mujeres que padecen el Síndrome de Boca Ardiente utilizan, en mayor medida, estrategias centradas en el Escape Cognitivo (desconexión, negación, evasión y religión), tal y como demuestran algunos estudios (por ej. Zakrewska, 2013). Este resultado sería comprensible, si tenemos en cuenta que el SBA lleva aparejado una condición dolorosa con una cronicidad considerable y esta estrategia de desconexión y/o distanciamiento implicaría "apartarse del problema", no pensar en él o pensar en otra cosa para evitar que les afecte emocionalmente.

Matsuoka y cols. (2010) describieron el perfil cognitivo de los pacientes con SBA. Resaltaron el catastrofismo y la predisposición a la ansiedad como características cognitivas propias de estos enfermos. Probablemente, y dados nuestros resultados, estas mujeres, perciban su enfermedad como catastrófica e incontrolable y esto conlleva a una mayor evitación y desconexión del problema.

No hay que olvidar que la valoración del dolor y su afrontamiento, son procesos firmemente unidos que determinan en gran medida la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del cuadro (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004).

Otra teoría que puede dar una posible explicación a este resultado es el "Modelo de la Indefensión Aprendida". Hay que tener en cuenta que el SBA se caracteriza porque los hallazgos físicos que explican el dolor no están del todo esclarecidos, no se observan en la exploración clínica lesiones anormales ni se acompaña de alteraciones de laboratorio y, a su vez, el tratamiento es impreciso. Todo ello sitúa a las pacientes ante una posición de incertidumbre ante la que poco o nada puede hacerse.

Sin embargo, cabe resaltar que las mujeres aquejadas de Fibromialgia y Artritis Reumatoide, en las que la condición dolorosa de tipo crónico también está presente, no utilizan las mismas estrategias de afrontamiento que las mujeres con SBA. Soucase y cols. (2004), concluyeron en sus investigaciones que, las mujeres con Fibromialgia utilizaban la reevaluación positiva, el control emocional y la solución de problemas como estrategias principales. Del mismo modo y según Orozco y cols. (2005), las mujeres diagnosticadas de Artritis Reumatoide empleaban con mayor frecuencia estrategias centradas en el desarrollo personal, resolver el problema, expresión emocional y reevaluación positiva. Cabe resaltar que, a diferencia de las mujeres con SBA, las estrategias que menos utilizaban eran la desconexión comportamental y negación.

En relación a la **hipótesis 1.4** *esperábamos que las mujeres con SBA tuvieran una menor percepción de apoyo social, en comparación con aquellas libres de patología oral*. Hemos podido comprobar que, efectivamente, esto es así. Las mujeres con SBA perciben un menor apoyo social por parte del entorno que las rodea. Estiman una menor existencia, cantidad y frecuencia de afecto, comprensión empática, ayuda tangible, información, etc., a diferencia de las mujeres libres de patología oral.

Pensamos que esto puede ser así porque muchas de estas mujeres están inmersas en un ambiente familiar adverso, tal y como hemos comprobado en la primera hipótesis (1.1) y, se podría pensar que cuando la familia actúa como un estresor en sí mismo, es difícil percibir al mismo tiempo afecto y apoyo por su parte.

Autores como Bergdhal y cols. (1995) y Palacios y cols. (2011) destacan la inadaptabilidad social y el aislamiento como factores psicosociales secundarios al síndrome. Pensamos, que el hecho de que pueda haber una desestructuración familiar subyacente, puede hacer que estas mujeres se encuentren inadaptadas y aisladas y que la percepción de apoyo social por parte del entorno sea insuficiente.

Igualmente, hay que tener presente que la falta de información existente sobre esta enfermedad influye en que el entorno que rodea al paciente no adopte una actitud empática y acogedora, y minusvalore las dolencias crónicas de quién lo sufre.

En la **hipótesis 1.5** *en la que esperábamos que la CVRS fuera más pobre en las mujeres diagnosticadas con SBA que la mostrada por mujeres libres de cualquier patología oral*, hemos podido comprobar que esto es así. Las mujeres con SBA tienen una peor percepción de salud general y mayor dolor que el grupo de mujeres libres de patología oral.

Resulta especialmente significativo respecto al grupo de mujeres libres de patología oral, la peor salud mental que presentan las mujeres con SBA. En este grupo de mujeres se vería afectado su bienestar general, siendo frecuente en ellas la aparición de depresión y ansiedad tal cómo confirman estudios previos (Abanto, Bönecker y Raggio, 2010; De Souza y cols., 2011; Lamey, Freeman, Eddie, Pankhurst y Rees, 2005; López, Camacho y Lucero, 2009; Rojo, Silvestre y Bagan, 1993; Silvestre y cols., 2015; Spanemberg y cols., 2012).

Buljan, Savic y Karlović (2008) detectaron niveles de depresión y ansiedad estadísticamente significativos en los sujetos que padecían el SBA. La intensidad del dolor en estos sujetos, la ansiedad y la depresión mostraron una correlación positiva.

Asimismo, también hemos podido confirmar que existen diferencias significativas respecto al rol emocional y función social en las mujeres con SBA. Así, en estas mujeres, los problemas emocionales afectan tanto a su funcionamiento social como a la forma de abordar el trabajo y las actividades diarias. En línea con la literatura existente (López, Camacho y Lucero, 2008; López, Camacho y Lucero, 2009; López, Camacho y Andújar, 2009; Riordain y cols., 2010), las pacientes con SBA manifiestan que en sus vidas coexisten numerosas alteraciones, en lo que se refiere a relaciones personales, estado emocional, capacidad física, salud mental, rol social, etc., todo ello, probablemente, a consecuencia de las sintomatología que acompaña a dicho síndrome.

En base a la **hipótesis 1.6** *se esperaba que las mujeres con SBA presentaran un perfil psicopatológico diferente a las mujeres sin patología oral. Esperábamos que las mujeres diagnosticadas de SBA siguieran un perfil de personas ansiosas, estresadas, con un gran potencial psicógeno, deprimidas, hipocondriacas.*

Nuestros resultados arrojan diferencias significativas entre ambos grupos en todas las dimensiones sintomáticas. Las mujeres con SBA presentan un perfil psicopatológico caracterizado básicamente, por sintomatología depresiva, ansiosa y obsesivo-compulsiva. No obstante, también hemos detectado un mayor grado de hostilidad y somatización a diferencia de las mujeres pertenecientes al Grupo de Control.

Estos resultados coinciden con gran parte de la literatura existente acerca de la asociación entre el Síndrome de la Boca Ardiente y diversas anormalidades psicológicas como depresión, ansiedad, hipocondría, somatización, obsesión y hostilidad (Bergdhal, Anneroth y Perris, 1995; Grushka, Epstein y Mott, 1998; Rojo, Silvestre y Bagan, 1993).

Ya en el 1995, Bergdhal y cols. demostraron una presencia frecuente de cambios psicológicos en estos pacientes. Los cambios más comunes fueron: depresión, ansiedad, inadaptabilidad social e inestabilidad emocional. Observaron en sus pacientes un menor nivel de socialización, mayores niveles de ansiedad somática, tensión muscular, mayor tendencia a preocuparse por su salud y más pensamientos de tristeza cuando se comparaban con un Grupo de Control, encontrándose importantes diferencias en cuanto a personalidad y funcionamiento psicológico. Según Somacarrera y cols. (1998) esto podría sugerir una base psicosomática del SBA.

En suma, nuestros resultado coinciden con los de otras investigaciones que concluyen en que la ansiedad y la depresión eran más comunes entre las personas con SBA en comparación a los controles (Amenabar y cols., 2008; De Souza y cols., 2012; Lamey y cols., 2005; Scala y cols., 2003; Schiavone y cols., 2012; Tokura y cols., 2015).

Nos parece muy interesante la aportación de Paterson y cols. (1995), que afirman que los pacientes que padecen el síndrome, suelen presentar tensión psíquica y ansiedad y que el ardor bucal puede ser una somatización de sus conflictos internos. No obstante, Marques (2003), sugería que las condiciones psicológicas pueden ser simplemente reacciones alteradas de un estado de dolor crónico y no necesariamente un agente etiológico causal.

En suma, según Silvestre y cols. (2015) no se debería dejar de considerar a este síndrome como un cuadro complejo donde todavía no están claramente definidos los mecanismos y las causas que lo generan. Siempre nos quedará la duda de si los síntomas psicopatológicos propiciaron la aparición del SBA como una somatización más o si el propio síndrome generó esta sintomatología como consecuencia del malestar experimentado.

4.1.3. Diferencias entre los subtipos de SBA (Tipo I y Tipo II) en relación al dolor, síntomas psicológicos y calidad de vida.

Nuestro **segundo objetivo específico** hacía hincapié en establecer si el tipo de SBA (Tipo I vs Tipo II) diagnosticado a las mujeres representaba una variable de interés que permitía aislar diferencias psicológicas entre ellas.

Centrándonos en la **hipótesis 2.1** donde, en términos generales, *esperábamos unos peores resultados (más influencias negativas del dolor, síntomas psicológicos y peor CVRS) en relación con el Tipo II de SBA*, podemos concluir, en base a los resultados obtenidos que, las mujeres pertenecientes al Tipo II seguirían un perfil de personas con mayor susceptibilidad interpersonal (timidez y vergüenza) mayor ideación paranoide y psicoticismo. También, se caracterizarían por presentar un mayor malestar somático en comparación con las mujeres Tipo I. En línea con estos resultados, la literatura nos muestra diferentes estudios que sugieren una mayor presencia de trastornos psicológicos y mayor resistencia al tratamiento en el Tipo II (Danhauer y cols., 2002; Klasser y cols., 2008; Lamey, 1996; Pinto, Sollecito y De Rossi, 2003).

Por otra parte, existen diferencias significativas entre el Tipo I y Tipo II en lo concerniente a la dimensión “Dolor” (mayor dolor en el Tipo II) y en la dimensión “Salud Física General” (peor salud física en el Tipo II). Lógicamente, un mayor dolor asociado al Tipo II originará mayores alteraciones emocionales que en última instancia, podrían restar calidad de vida. Tanto es así que, hemos podido comprobar, como las mujeres Tipo II presentan una mayor interferencia en las actividades que realizan fuera de casa debido al malestar que sufren (recordemos que en el tipo II las molestias se experimentan desde el principio de la mañana hasta la noche).

4.1.4. Características psicosociales del SBA

Nuestro **tercer objetivo específico** se centraba en describir en profundidad las características que identifican a las mujeres que padecen SBA, centrándonos en su percepción de la experiencia de dolor y el resto de aspectos psicosociales considerados en este estudio.

En la **hipótesis 3.1** *dónde esperábamos que las puntuaciones obtenidas en los factores de dolor evaluados por el WHYMPY fueran “más favorables” en el grupo de mujeres diagnosticado con SBA que en los grupos de mujeres de Fibromialgia y Artritis Reumatoide*, hemos podido comprobar, en base a los resultados obtenidos que, a pesar de que, las mujeres diagnosticadas con SBA presentan mayor malestar general durante la semana anterior a su evaluación, la experiencia dolorosa y la interferencia que el dolor tiene en sus vidas, es mucho más importante en las enfermas aquejadas de Fibromialgia y Artritis Reumatoide. En este sentido, el dolor en estas pacientes afectaría de forma significativa tanto a la realización de tareas en el hogar como a las actividades que se realizan fuera de casa. Estos resultados son coincidentes con otros estudios como los de Molins y cols. (2005), Oteo (2010) y Ubago y cols. (2005). Según estos autores, las pacientes aquejadas de Fibromialgia obtienen puntuaciones significativamente mayores en aspectos relacionados con cambios vitales en el área de las relaciones personales (amistades, pareja), interferencias sobre la actividad (doméstica, laboral) y en las actividades sociales, lo que supone ciertas limitaciones en el funcionamiento cotidiano.

No obstante, cabría resaltar que las relaciones personales se ven menos afectadas a causa del dolor, especialmente, en las mujeres con Artritis Reumatoide. Suponemos que esto sería así, debido al mayor apoyo social y respuestas de ayuda que reciben. Es indudable que, por ser el SBA un síndrome desconocido por la mayoría de la población,

implique que las molestias crónicas del paciente sean peor comprendidas y atendidas. Por otra parte, al no existir una causa orgánica clara que las justifique, en muchos casos, se atribuyen a simulaciones del paciente o a exageraciones del mismo.

Igualmente, el desconocimiento que el propio paciente tiene de lo que le ocurre y la dificultad para expresar objetivamente sus dolencias le llevan a percibir un menor control sobre el dolor que siente. Ambos factores repercutirán negativamente en su estado emocional afectando, a su vez, a las relaciones personales.

En esta línea, Pedrajas y Molino (2008), sugieren que este tipo de dolor crónico produce una constelación de síntomas secundarios como la ansiedad o la depresión, y disminuye de forma significativa la calidad de vida. Este tipo de dolor ha dejado de tener un papel protector para el individuo y se convierte en una enfermedad en sí misma con repercusiones importantes en todas las facetas del paciente (personal, familiar, social y laboral). Asimismo, Abetz y Savage, (2009) y Zakrzewska, (2013) refieren que esta afección crónica, dolorosa, sin etiología conocida y sin ningún tratamiento eficaz puede conducir a un círculo vicioso en el que a mayor ansiedad mayores son los síntomas de ardor y a mayor sensación de ardor más ansiedad.

En relación a la **hipótesis 3.2** *esperábamos encontrar una estructura correlacional entre los aspectos relacionados con el dolor y el resto de variables psicosociales que adquiriría la siguiente configuración general: (i) Una pauta según la que aspectos del dolor tales como su intensidad, el malestar general que provoca, los cambios personales y sociales a los que puede dar lugar, la interferencia que produce sobre la actividad o su influencia en las tareas cotidianas, covariarían positivamente con la cantidad de estresores experimentados por las mujeres y su impacto, con su nivel de inestabilidad emocional (N), con el uso de estrategias pasivas de afrontamiento y con diversos síntomas psicológicos generales, entre los que destacarían la ansiedad y la depresión. (ii) Un patrón correlacional negativo de esos aspectos del dolor con el nivel de extraversión (E), el apoyo social y la calidad de vida relacionada con la salud, tanto física como mental. (iii) Por lo que se refiere concretamente a la dimensión de dolor de autocontrol percibido, esperábamos patrones con signo opuesto a los señalados en (i) y (ii).*

En nuestra investigación, hemos podido constatar que, existe relación entre la cantidad de acontecimientos vitales estresantes, el impacto que éstos han tenido a lo largo de la vida de las pacientes y algunas de las dimensiones del Dolor, tales como

cambios en las actividades sociales, expresión de sentimientos negativos e interferencia en las relaciones personales. Parece evidente, que cuando las circunstancias adversas de la vida golpean con frecuencia e intensidad a las personas, es lógico pensar que afecten negativamente su estado de ánimo y esto conlleve, que el individuo sea preso de un gran malestar. La forma de expresarlo puede ser mediante quejas o retrayéndose en las relaciones interpersonales y en la apetencia por disfrutar del contacto social.

Asimismo, en nuestro estudio se ha puesto de manifiesto que una mayor inestabilidad emocional (neuroticismo) como rasgo temperamental comportaría una mayor vulnerabilidad a la hora de experimentar con mayor intensidad el dolor, tal y como refieren algunos autores (Moreno y Montaña, 2000; Ramírez, Esteve y López, 2001; Ramírez, 2002; Ziesat y Gentry, 1978). Asimismo y, en línea con nuestros resultados, Al Quaran y Jordan (2004), ponen de manifiesto que el neuroticismo es una dimensión que correlaciona significativamente con la gravedad de la sensación de ardor, por lo que puede ser un indicador de la gravedad de los síntomas de SBA. A su vez, la menor extraversión supondría también una mayor interferencia de éste en las relaciones personales y sociales. Es evidente que una escasa capacidad comunicativa y una mayor represión emocional irían en detrimento de la cantidad y la calidad de los contactos sociales. Esto favorecería también que las mujeres aquejadas de SBA, tal y como aludíamos anteriormente, tengan una menor percepción de apoyo social. El hecho de que las mujeres con SBA temperamentalmente sean menos extravertidas y tengan mayores índices de neuroticismo, comportaría una menor expresión de sus sentimientos que dificultaría la posible demanda de ayuda ante el dolor y una menor actividad social que, sin duda, permitiría un mayor grado de distractibilidad ante éste. Trabajos como los de Lynn y Eysenck (1961), Phillips y Gatchel (2000), Wade, Dougherty, Hart, y Cook, (1992) refrendan esta idea poniendo de manifiesto que los individuos con puntuaciones altas en extraversión, manifiestan mayor conducta de dolor en sus hogares y en las entrevistas clínicas, aunque indican que el dolor interfiere en menor grado en sus estilos de vida.

Asimismo, algunas investigaciones llevadas a cabo por Eysenck (1994) también evidenciaron puntuaciones elevadas en neuroticismo asociadas con incrementos en la conducta desadaptada de enfermedad; de igual forma, este autor encontró que los pacientes con alto neuroticismo mostraron mayor discapacidad, somatización e intensidad del dolor.

En línea, en el estudio que hemos mencionado de Oteo (2010) sobre los aspectos psicológicos en el dolor crónico, en las pacientes con Fibromialgia y Artritis Reumatoide, el neuroticismo se relacionaba significativamente con la intensidad dolorosa sufrida por estas mujeres.

Cabe resaltar que aunque esperábamos que ciertos aspectos del dolor tales como su intensidad, el malestar general que provoca, los cambios personales y sociales a los que puede dar lugar, la interferencia que produce sobre la actividad o su influencia en las tareas cotidianas, covarían positivamente con el uso de estrategias pasivas de afrontamiento, no ha sido así. Sin embargo, sí que hemos encontrado que algunas dimensiones negativas del dolor (intensidad del dolor, malestar general durante la semana anterior, interferencia del dolor en las relaciones personales y en la actividad así como los cambios que el dolor produce en las actividades sociales) covarían de manera inversa con el uso de estrategias de afrontamiento cognitivo. Podríamos suponer que la intensidad con la que vivencian el dolor estas mujeres, afectaría notablemente su capacidad de autoanálisis y reestructuración mental. La propia angustia asociada a esa vivencia limitaría la posibilidad de reevaluar positivamente el problema y, esto, iría en detrimento de encontrar estrategias adecuadas de afrontamiento. Según Affleck y cols. (1992) las estrategias de afrontamiento poco eficaces, median la relación entre el neuroticismo y la intensidad dolorosa.

Respecto a la relación existente entre el dolor y la aparición de síntomas psicológicos, destacaríamos en primer lugar que, a menor autocontrol percibido mayor malestar experimentado. Esto, se materializaría no sólo en los síntomas psicológicos que aparecen, sino en la gravedad de los mismos. En este sentido, hemos evidenciado, tal y cómo planteábamos en nuestra predicción, que existe una relación directa y significativa entre los aspectos negativos del dolor y una sintomatología psicológica florida (depresión, ansiedad, síntomas obsesivos-compulsivos, somatizaciones, etc.). Presuponemos, tal y como hemos comprobado en nuestra investigación, que la paciente que sufre SBA y que se encuentra ante una enfermedad desconocida y de difícil tratamiento, es presa de una angustiada incertidumbre que para nada favorece el sentimiento de poder controlarla y hacerle frente, dificultando enormemente la capacidad de adaptación y su estabilidad emocional.

Coincidiendo con los resultados obtenidos, la literatura pone de manifiesto que las psicopatologías más relacionadas con el dolor crónico son la depresión y la ansiedad (Catala, 2002; Fishbein, 2000), así como los perfiles histéricos, neuróticos e

hipocondríacos (Breslau, Chilcoat y Andreski, 1996; Hansen, Sorensen y Schroll, 1995).

En relación al SBA, muchos son los trabajos que nos hablan de la relación existente entre el síndrome y diversas anormalidades psicológicas como depresión, ansiedad, hipocondría, cancerofobia, somatización, obsesión y hostilidad (Bergdhal, Anneroth y Perris, 1995; De Souza y cols., 2012; Grushka, Epstein y Mott, 1998; Lamey y cols., 2005; Marino y cols., 2015; Rojo, Silvestre y Bagan, 1993; Sardella y cols., 2006 y Schiavone y cols., 2012). En 1995, Bergdhal y cols. demostraron una presencia frecuente de cambios psicológicos en estos pacientes. Los cambios más comunes fueron: depresión, ansiedad, inadaptabilidad social e inestabilidad emocional. En línea con ello y con nuestros resultados, Eguía del Valle y cols. (2003) encontraron relaciones positivas entre la intensidad del dolor y cuadros depresivos y ansiosos.

En cualquiera de sus formas, bien sea persistente, recurrente o progresivo, el dolor puede deteriorar dramáticamente el bienestar social, vocacional y psicológico del individuo (*International Association for the Study of Pain*, 1986). El dolor crónico puede crear problemas psicológicos múltiples (González, Solorzano, Balda y cols., 1999). Bien es verdad que, los factores emocionales juegan un papel muy importante en la percepción del dolor, pudiendo aumentar, e incluso disminuir el umbral del mismo.

Blumer y Heilbraum (1982) y Melzack (1984) afirmaban que los trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, desempeñan una importante función en la modulación de la percepción dolorosa y del deseo de tolerarla. Se ha visto que los sujetos más ansiosos tienen umbrales dolorosos más bajos que las personas no ansiosas. Asimismo, el tratamiento de estados de ansiedad y depresión muchas veces disminuye el cuadro doloroso.

En definitiva, todo esto nos está advirtiendo, de que un aspecto importante a tener en cuenta en la intervención psicológica es el tratamiento dirigido a la mejoría del estado emocional, lo cual conllevará un mejor manejo del dolor y una mayor funcionalidad.

Centrándonos en la relación existente entre el dolor y la calidad de vida de las mujeres con SBA, destacamos que la intensidad con la que las pacientes perciben el dolor se relaciona negativamente con su salud física y mental general.

Por otra parte, el malestar experimentado por las pacientes de SBA durante la semana anterior a la evaluación afecta sensiblemente a la percepción de su Salud

General y Mental. Estas pacientes ven disminuida su vitalidad y presentan limitaciones tanto en su rol emocional, rol físico y la función social que desempeñan.

Igualmente, corroboramos que el dolor que manifiestan estas pacientes, interfiere notablemente en sus vidas y sus actividades diarias. En este sentido, se ve sensiblemente afectada tanto su Salud Física General como su Salud Mental General. En concreto podemos destacar limitaciones en la Función Social y disminución de su Vitalidad y en el Rol físico que desempeñan.

Hay que señalar que, el pobre autocontrol percibido que estas pacientes tienen sobre su enfermedad repercute negativamente tanto en su salud mental como física, ya que, se ven expuestas a un estresante desconocido que no saben muy bien cómo enfrentar. El impacto emocional que esta enfermedad tiene sobre sus vidas afecta, no sólo, a su estado emocional sino a sus relaciones personales. Todo ello, repercute en su Calidad de Vida tanto en la vertiente física como psicológica.

Igualmente, concluimos que una mejor Salud Mental y Física se asocia con una mayor realización de actividades fuera del hogar y con la realización de actividades sociales. Asimismo, las mujeres con SBA que recurren a Respuestas Distractoras ven mejorada su Salud General, su Salud Mental y su Vitalidad, mientras que, las que demandan ayuda a su entorno (Respuestas de Ayuda) tan sólo encontramos que ven mejorada su Salud Mental. A su vez, como cabía esperar, el Apoyo Social percibido por estas enfermas posee efectos beneficiosos que se traducen en una percepción más positiva de su Salud General.

Por otra parte, las pacientes que expresan sentimientos negativos y afrontan la enfermedad con una visión pesimista tienen una peor percepción de su salud Física General y de su Salud Mental General repercutiendo, esto, en su calidad de vida.

En suma, el dolor que presentan estas pacientes afecta a las tareas domésticas cotidianas y a las tareas de bricolaje que pueden realizar en el hogar. Destacaríamos que, mientras la Función Física está alterada en las dos dimensiones, en la realización de tareas de bricolaje se vería afectada no sólo la Función Física sino el Rol Físico y, en definitiva, su Salud Física General.

Por todo lo dicho anteriormente, podemos afirmar, tal y como predecíamos, que el dolor que experimentan las pacientes con Síndrome de la Boca Ardiente tiene una repercusión directa sobre la Calidad de Vida de las mismas. Estos resultados son coincidentes con los de Riordain, Moloney, O'Sullivan y McCreary (2010) y Silvestre y

cols. (2015), quienes refrendan la idea de que el SBA tiene un impacto muy negativo en la CVRS.

En lo referente a la **hipótesis 3.3** dado el patrón correlacional hipotetizado, suponíamos que, *las dimensiones de dolor evaluadas a través del WHIMPY, las estrategias de afrontamiento características de las mujeres y el apoyo social percibido, funcionarían como variables mediadoras entre el nivel de estresores experimentados por las mujeres así como su personalidad básica (temperamento) y su calidad de vida física y mental.*

La relación entre el volumen de estresores y el bienestar físico y psicológico ha quedado confirmada en los datos proporcionados en el capítulo de resultados (capítulo 3). Los sucesos o cambios vitales estresantes son un importante factor de riesgo en la Salud Mental y en la Salud Física de estas mujeres. Si bien, habría que puntualizar que serían los cambios en las actividades sociales que se producen a consecuencia del dolor, los que afectarían especialmente, y de forma negativa su calidad de vida, entendida en términos tanto físicos como psicológicos.

Por otra parte, habría que resaltar que el afrontamiento conductual centrado en el problema emergería como una variable mediadora importante en la salud física de este colectivo. Esto supondría que, este tipo de afrontamiento aminoraría sensiblemente las consecuencias que los sucesos vitales estresantes tienen sobre la salud física de estas mujeres.

En función de lo expuesto, parece que los acontecimientos vitales estresantes repercuten en la salud general, y pueden ser un elemento desencadenante de la sintomatología psicológica (por ejemplo, ansiedad y depresión). Sin embargo, el adoptar un estilo de afrontamiento activo, centrado en el problema, parece influir de manera positiva sobre la relación entre los estresores y el ajuste físico y psicológico. Por tanto, una estrategia de intervención con una gran posibilidad de promover el cambio existente en estas relaciones directas, es enseñar habilidades que favorezcan la adquisición de un estilo de afrontamiento óptimo.

Ahora bien, si nos centramos en la repercusión que tiene la personalidad entendida en términos de extraversión y neuroticismo sobre el bienestar físico y psicológico, nos encontramos con que el temperamento extravertido posibilita una mayor percepción de apoyo social, lo cual influye positivamente tanto en la salud física como en la salud mental del grupo de estudio. Nuestros resultados coinciden con los de

Ediger (1993), quien sugería que las personas extravertidas, al ser más sociables, tienen mayor apoyo social y con ello una mayor calidad de vida. Por contra, hemos comprobado como el temperamento neurótico característico de las pacientes con SBA les influye negativamente en su calidad de vida. Esto sería así, porque dada su personalidad tienden a soportar peor el dolor, éste interfiere más en las actividades diarias que realizan, y a pesar de sus quejas reiteradas perciben un menor apoyo social por parte de su entorno. Todos estos factores condicionan que su salud física y mental sea sensiblemente peor que la de las mujeres extravertidas. Esto coincide con la literatura existente. Firas (2004) expuso que las características neuróticas de los pacientes con SBA se relacionaban con menor satisfacción con la vida y mayor malestar psicológico.

En línea con nuestros resultados, Cohen y Syme (1985), consideran el apoyo social como agente "amortiguador" del estrés. Piensan que, o bien media entre el acontecimiento estresante y la respuesta de la persona afectada, o bien media entre la respuesta de la persona afectada y el efecto que ésta posee sobre la salud. Asimismo, muchos son los estudios (por ej. Prieto, 1999; Rodríguez y cols., 1992 y Soriano, 2000) que informan de la existencia de una relación positiva entre el apoyo emocional familiar y el grado de ajuste físico y psicológico de los enfermos crónicos, y que un alto grado de apoyo familiar consigue aumentar la autoestima del enfermo, ayuda a regular sus respuestas emocionales y refuerza sus iniciativas de afrontamiento a la enfermedad.

4.2. Conclusiones

4.2.1. Conclusiones específicas

En este apartado anotamos una serie de conclusiones específicas extraídas del estudio y que no necesariamente se relacionan con las hipótesis planteadas.

En los análisis discriminantes realizados (capítulo 3), se hace evidente que los rasgos de personalidad (neuroticismo), serían un factor importantísimo a la hora de establecer diferencias entre ambos grupos, siendo patognomónico de la población con SBA. Igualmente, la variable depresión sería un síntoma psicopatológico característico en este colectivo y permitiría discriminar mejor entre un grupo y otro.

Por otra parte, el análisis factorial (capítulo 3) ha puesto de manifiesto una diferencia relevante que se centra en la relación existente en las mujeres con SBA entre el volumen/impacto de los estresores y síntomas específicos tales como la sensibilidad interpersonal, el psicoticismo o la ideación paranoide. Merece la pena destacar la

atención sobre lo siguiente. Las mujeres del GC y del GSBA se distinguen en: ansiedad y depresión (más elevada en el segundo grupo), también en acontecimientos vitales (más frecuente la conflictividad familiar en el SBA), y también en el hecho de que esta mayor conflictividad familiar (acontecimientos vitales más frecuentes y con mayor impacto) se relacionan particularmente con los síntomas sugeridos en el análisis factorial. Esto hace pensar que una proporción elevada de las mujeres con SBA presentan ciertas limitaciones/particularidades en la vivencia de los acontecimientos vitales mencionados.

Esto es especialmente significativo en nuestra investigación, aunque habría que interpretarlo con cautela. Según nuestro criterio, estos resultados estarían relacionados más que con una psicosis clínicamente manifiesta, con sentimientos de alienación social y rasgos de personalidad (esquizotipia y esquizoidia). En este sentido, Maina y cols. (2005) encontraron mayor prevalencia de trastornos de personalidad (obsesivo-compulsivo y esquizotípico) en pacientes con SBA.

Asimismo, es comprensible la aparición de ideación paranoide, ideas referenciales o susceptibilidad interpersonal dado que este tipo de pacientes no se sienten comprendidas y perciben su entorno como amenazante, adoptando una actitud de desconfianza hacia él.

4.2.2. Conclusión general

Al analizar de manera global los resultados de nuestra investigación y profundizar en las predicciones confirmadas, llegamos a la conclusión de que el SBA es un síndrome complejo que afecta sensiblemente la calidad de vida de las mujeres que lo padecen y que los estresores vitales se podrían considerar factores tanto mantenedores como predisponentes o precipitantes de la enfermedad.

Siendo el propio síndrome un estresor en sí mismo, el papel del psicólogo es fundamental a la hora de abordar el tratamiento. Es evidente, tal y como comentábamos en el capítulo uno, que el SBA tiene un origen multicausal, y que el abordaje de su tratamiento debe ser multidisciplinar. Por ello, pensamos que el profesional de la psicología tiene un papel relevante en el tratamiento de dicha enfermedad. Ya apuntábamos en el marco teórico, la existencia de múltiples estudios que avalan esta idea. Por ejemplo, un estudio analizó el efecto de la terapia cognitiva en el SBA resistente, comparándola con un programa de atención "placebo" (Bergdahl 1995). Los autores informaron que hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la

reducción de la intensidad del dolor en los pacientes que recibieron terapia conductual cognitiva en comparación con el placebo, inmediatamente después de la terapia y a los seis meses del seguimiento. En línea con este estudio, autores como Hakeberg, Hallberg, Berggren (2003) y Zakrzewska, Forssell y Glenny, (2008) demostraron que la terapia cognitivo-conductual resultó ser una de las intervenciones que mayores beneficios obtuvo en la reducción de los síntomas asociados al SBA.

Como hemos podido comprobar, las mujeres afectadas de SBA no utilizan técnicas adecuadas de afrontamiento con respecto a su enfermedad y, en este sentido, también el psicólogo puede resultar imprescindible para que la paciente aprenda nuevas formas de enfrentar su problema. Sería interesante trabajar el entrenamiento de estrategias activas, con lo cual cabría esperar una menor intensidad del dolor percibido y consecuentemente una mejor percepción de calidad de vida. Potenciar el autocontrol percibido es esencial para que posteriormente sean capaces de analizar, reevaluar positivamente y mejorar su estado anímico.

Dado que, las alteraciones emocionales asociadas al síndrome condicionan, en cierta medida, la evolución del mismo, pensamos que es fundamental que el profesional de la psicología intervenga a la hora de informar a la paciente con el objetivo de que este conozca mejor su enfermedad y mejore la sensación de control sobre la misma.

Asimismo, pensamos que es imprescindible intervenir en el entorno familiar y social para que exista una mejor comprensión de la enfermedad y que esto, a su vez, revierta en un mayor apoyo social, que es fundamental para la evolución positiva del síndrome. Y no sólo por estas razones, sino también porque los conflictos familiares parecen ser una fuente de distrés importante en estas pacientes, tal y como reflejan nuestros resultados. Sabido es que la familia puede ser “fuente de apoyo social” y “fuente de estrés”. Nuestro estudio parece indicar que en esta patología de dolor crónico la familia “funciona más” como fuente de estrés (conflictividad familiar) que de apoyo.

En suma, lo que se pretende es realizar un buen diagnóstico considerando al individuo como un todo, abordando el problema desde una perspectiva multidisciplinar, con el objetivo de encontrar un tratamiento idóneo que reduzca las molestias de la paciente y le permita una mayor calidad de vida.

4.3. Limitaciones y sugerencias

La principal limitación de este estudio es la escasa bibliografía específica existente sobre los aspectos psicológicos y psicosociales del SBA, aunque también hay que mencionar que en los últimos años ha proliferado bastante. Esto hace que en muchos momentos sea complicado establecer comparaciones. Por este motivo mucho de nuestro soporte bibliográfico se basó en estudios sobre el dolor crónico en general y en estudios acerca de patologías reumatológicas características del género femenino (Fibromialgia, Artritis Reumatoide...) y cuya condición de dolor crónico es similar a la muestra de nuestro estudio.

Otra de las limitaciones a destacar, es el tamaño de la muestra. Fueron diagnosticadas 59 pacientes de SBA. Es por ello que, los resultados estadísticos deben ser interpretados con prudencia, aunque sí se pueden obtener conclusiones a nivel clínico. Sin embargo, a pesar del tamaño de la muestra, es importante resaltar el trabajo y el tiempo que ha implicado este estudio ya que, por un lado, estamos ante pacientes bastante complicadas de tratar por el hecho de que presentan un problema crónico, con todas las implicaciones que ello supone y que además, suelen tener una actitud desconfiada por haber sido tratadas de simuladoras y por haber sido atendidas por numerosos especialistas sin resultado alguno. Esta actitud desconfiada, hace que en muchas ocasiones abandonen el estudio y no quieran implicarse.

No hay que olvidar que estas pacientes bien como causa o como consecuencia presentan algún tipo de desorden psicológico como hemos podido comprobar, y esto hace que el manejo sea aún más complicado.

Por otra parte, es probable, a su vez, que las características sociodemográficas de estas pacientes puedan desempeñar un papel en la determinación de las características clínicas. Sin embargo, se necesitan más investigaciones y estudios para apoyarlo.

Presuponemos que a medida que vayan surgiendo investigaciones sobre el SBA mejorará la intervención que se dirija a este colectivo, y con ello mejore su calidad de vida. Se requieren más estudios adicionales, incluyendo investigaciones epidemiológicas para dilucidar patrones temporales y relaciones causales entre los factores psicológicos y el SBA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Abanto, J.A., Bönecker, M. & Raggio, D.P. (2010). Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Revista Estomatológica Herediana*, 20(1), 38-43.
- Abetz, L.M. & Savage N.W. (2009). Burning mouth syndrome and psychological disorders. *Australian Dental Journal*, 54: 84-93.
- Adamo, D., Celentano, A., Ruoppo, E., Cucciniello, C., Pecoraro, G., Aria, M. & Mignogna, M. (2015). The Relationship Between Sociodemographic Characteristics and Clinical Features in Burning Mouth Syndrome. *Pain Medicine*, 16: 2171-2179.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 119-126
- Agra, S. (2003). Síndrome de la boca ardiente: una revisión. *Originales y revisiones*, nº 39.
- Alfonso, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Medicina Chile*, 138, 358-365.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos». *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J.M., Roca, J., Serra, J. y Antó, J.M. (1998). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Quality of Life in COPD Study Group. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1087-94.
- Álvarez, M.S. (2014). *Evolución psicológica a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica*. Tesis doctoral.
- Al Quran, F.A. (2004). Psychological profile in burning mouth syndrome. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontic*, 97: 339-44.
- Amaya, M.C. y Carrillo, G.M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4): 461-474.
- Amenábar, J.M., Pawlowski, J. & Hilgert J.B., (2008). Anxiety and salivary cortisol levels in patients with burning mouth syndrome: case-control study. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontic*, 10:460-465.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Amos, K., Yeoh, S. & Farah, C.S. (2011). Combined topical and systemic clonazepam therapy for the management of burning mouth syndrome: a retrospective pilot study. *Journal of Orofacial Pain*, 25(2), 125-130.

- Anarte, M. T., Ramírez, C., López, A. E. y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 102-110.
- Anderson, C.D. & Franks, R.D. (1981) Migraine and tension headache: is there a physiological difference? *Headache*, 21:63-71.
- Arnow, B.A., Hunkeler, E.M., Blasey, C.M., Lee, J., Constantino, M.J., Fireman, B., Kraemer, H.C., Dea, N., Robinson, R. & Hayward, C. (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 68, 262–268.
- Arostegui, I. y Núñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de Calidad de vida relacionada con la salud. *Estadística española*, 50, 167, 147-162.
- B**
- Bae, K.H., Kim, K.H., Jung, S.H. & Park, D.Y. (2007). Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. *Community Dental Oral Epidemiology*, 35 (1), 73–9.
- Báguena, M.J., Díaz, A., Beleña, A., Roldán, C. y Villarroya, E. (2006). *Personality and Post-Traumatic Symptomatology in Battered Women*. In K. Österman & K. Blorkquist (Eds.) Contemporary research on aggression (pp. 204-211). Vasa. Finland: Abo Akademi University.
- Báguena, M.J., El Barouni, O., Beleña, A., Roldán, C. y Díaz, A. (2006). Efectos de la emigración y de la exposición a violencia doméstica. *IV Congreso Mundial de Estrés Traumático*, Buenos Aires (Argentina).
- Bair, M.J., Robinson, R., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidly; A Literatura Review. *Archives of Intern Medice*, 163, 2433-2445.
- Ballina, G.F.J., Martín, L.P., Iglesias, G.A., Hernández, M.R. y Cueto, E.A. (1995). La Fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica española*, 195, 326-334.
- Barker, K.E. & Savage, N.W. (2005). Burning mouth syndrome: an update on recent findings. *Australina Dental Journal*, 50(4):220-3.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*. 14, 237-243.
- Barron, A., y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología social*, 7 (1), 53-59.
- Bartoshuk, L.M. (1988). Clinical psychophysics of taste. *Gerodontics*, 4:249-55.
- Basker, R.M., Sturdee, D.W. & Davenport, J.C. (1978). Patients with burning mouth: a clinical investigation or causative factors, including the climacteric and diabetes. *British Dental Journal*, 149:9-16.
- Bergdahl, J. & Anneroth, G. (1993). Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management. *Journal of Oral Pathology Medicine*, 22 433-8.

- Bergdahl, J. & Anneroth, G. & Perris, H. (1995). Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. *Journal of Oral Pathology Medicine*, 24:213-5
- Bergdahl, M. & Bergdahl, J. (1999). Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *Journal of Oral Pathology Medicine*, 28:350-4.
- Berkman, L. F. & Breslow, L. (1983). Health and Ways of Living: The Alameda County Study. *Oxford University Press*.
- Blumer, D. & Heilbaum, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170:381-406.
- Boersma, K. & Linton, S.J. (2005). How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1495-1507.
- Bolles, R.C. & Fanselow, M.S. (1980). A perceptual - defensive - recuperative model of fear and pain. *Behavioural and Brain Sciences*, 3: 291-323.
- Bonica, J.J (1990). *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febinger.
- Brailo, V., Firić, M., Vučićević, V., Andabak, A., Krstevski, I. & Alajbeg, I. (2016). Impact of reassurance on pain perception in patients with primary burning mouth syndrome. *Oral disease*, doi:10.1111/odi.12493.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D. & Andreski, P. (1996). Further evidence on the link between migraine and neuroticism. *Neurology*, 47:563-667.
- Brufau C., Martín, R. y Corbalán, R. (2008) Síndrome de la boca urente. *Actas Dermo-sifiliográficas*, 99:431-40.
- Buljan D, Savic, I. & Karlović D. (2008). Correlation between anxiety, depression and burning mouth syndrome. *Acta Clínica Croática*, 47:211-216.
- Burchiel, K.J., Anderson, V.C., Wilson, B.J., Denison, D.B., Olson, K.A. & Shatin, D. (1995) Prognostic factors of spinal cord stimulation for chronic back and leg pain. *Neurosurgery*, 36:1101-1111.
- Busch, H. (2005). Appraisal and coping processes among chronic low back pain patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 396-402.
- C**
- Cahuana, P., Herrero, A. y Peñarrocha, M. (2014). Síndrome de la boca ardiente. *Revista de la Sociedad Española Dolor*, 21 (Supl. II): 37-43.
- Camacho, L. y Anarte, M.T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*, 19, 1-13.
- Carlson, C.R., Miller, C.S. & Reid, K.I. (2000). Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *Journal of Orofacial Pain*, 14:59-66.

- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 103-116.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Casey, B.J., Getz, S. & Galvan, A. (2008a). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62-77.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial process and stress: Theroretical formulations. *International Journal of Human Services*, 4(3), 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Castillo, F. y Aldape, B. (2006). Factores asociados a síndrome de boca dolorosa en una población de mujeres mexicanas y su relación con el climaterio. *Avances En Odontoestomatología*, 22 (3).
- Castrejón , R.C., Borges, S.A. e Irigoyen, M.E. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 27(5), 321-9.
- Catala, E. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population. Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6(2): 133-40
- Cerchiari, D.P., Moricz, R., Sanjar, F., Rapoport, P., Moretti, G. y Guerra, M. (2006). Síndrome da boca ardente: etiologia. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(3), 419-424.
- Charleston, L. (2013). Burning mouth syndrome: a review of recent literature. *Current of Pain and Headache Reports*, 17(6):336.
- Cheul, K. (2015). Psychological Aspects of Burning Mouth Syndrome. *Journal of Oral Medicine of Pain*, 40(1):3-9.
- Chimenos, E. y Marques, M.S. (2002). Boca ardiente y saliva. *Medicina Oral*, 7:244-53.
- Chimenos, E. (2008). El síndrome de boca ardiente en la práctica clínica. *JANO*, 1712:31-4.
- Chimenos, E., Arcos, C. y Marques, M.S. (2013). Síndrome de boca ardiente: claves diagnósticas y terapéuticas. *Medicina Clínica*, 9,27.
- Chimenos, E. (2014). Boca seca y boca ardiente. *Avances en Odontoestomatología*, 30(3): 117-120.
- Cibirka, R.M., Nelson, S.K. & Lefebvre, C.A. (1999). Burning mouth syndrome: a review of etiologies. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 78, 93-7.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.

- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. *Social support and health* (pp. 3-32).
- Conrad, R., Wegener., Giser F. & Kleiman A. (2013). Temperament, Character, and Personality Disorders in Chronic Pain. *Psychiatric Management of pain*, 12; 318.
- Craig, K.D. (1989). *Emotional aspects of pain*. En: Wall, P.D., Melzack R, editors. Textbook of pain. Edinburgh: Churchill Livingstone, 220-230.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Crespo, M., Cruzado, J.A. y Vázquez, C. (1997). Evaluación del afrontamiento. *Revista Española de conducta*, 23, 797-830.

D

- Danhauer, S.C., Miller, C.S., Rhodus, N.L. & Carlson, C.R. (2002). Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. *Journal of Orofacial Pain*, 16(4):305-11.
- Dahiya, P., Kamal, R., Kumar, M., Gupta, R. & ChaudharyInt, K. (2013). Burning Mouth Syndrome and Menopause. *Journal of Preventive Medicine*, 4 (1), 15–20.
- De Heer, E.W., Gerrits, M.M. & Beekman, A.T. (2014). The association of depression and anxiety with pain: A study from NESDA. *Plos One*, 9, e106907.
- De la Revilla, L., Bailón, E., De Dios, J., Delgado, A., Prados, M. A. & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.
- De la Revilla, L., Marcos-Ortega, B., Castro-Gómez, J. A., Aybar-Zurita, R., Marín-Sánchez, I. & Mingorance-Pérez, I. (1994). Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. *Atención Primaria*, 13, 21-26.
- De la Revilla, I., de la Luna del Castillo, J., Bailón, E. y Medina, L. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6, 10-18.
- De Souza, F., Kummer, A., Silva, M.L., Amaral, T.M., Abdo, E.N., Abreu M.H., Silva, T.A. & Teixeira, A.L. (2015). The association of openness personality trait with stress-related salivary biomarkers in burning mouth syndrome. *Neuroimmunomodulation*, 22: 250–255.
- De Souza, F.T., Teixeira, A.L. & Amaral, T.M. (2012). Psychiatric disorders in burning mouth syndrome. *Journal of Psychosomatic Reserch*, 72, 142–146.
- De Souza, F.T., Santos, T.P., Bernardes, V.F., Teixeira, A.L., Kümmer, A.M. & Silva, T.A. (2011). The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 9:57.

- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1), 13-27.
- Derogatis, L.R. (1975). *Brief symptom inventory*. California. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90 Manual*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Dersh, J., Gatchel, R., Mayer, T., Polatin, P. & Temple, O. (2006). Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31(10): 1156-1162.
- Dersh, J., Polatin, P.B. & Gatchel, R.J. (2002). Chronic pain and Psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5):773-86.
- E**
- Ediger, B. (1993). *Coping with Fibromyalgia*. LRH Publications, Toronto.
- Eguía Del Valle, A., Aguirre, J.M., Martínez, R., Echebarria, M.A. y Sagasta, O. (2003). Síndrome de Boca Ardiente en el País Vasco: estudio preliminar de 30 casos. *Medicina Oral*, 8:84-90.
- Eli, I., Kleinhauz, M., Baht, R. & Littner, M. (1994). Antecedents of burning mouth syndrome (glossodynia) – recent life events vs. psychopathologic aspects. *Journal of Dental Reserch*, 73(2): 567-72.
- Endler, N.S., & Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-135.
- Engel, C.C., Van Korff, M. & Katon, W.J. (1996). Back pain in primary care: predictors of high health-care costs. *Pain*, 65:197-204.
- Esquivel, H.R.I, Jiménez, F.J., González, R.A.L y Gazano, F.A.A. (2006). Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida. *Revista ADM*, LXIII (2), 62-68.
- Esteve, R., Ramírez, C. y López, A.E. (2001). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 252-261.
- Eysenck, H.J. (1957). *Dinamics of Anxiety of Histeria*. London: Routledge & Paul Kegan.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1964). *Eysenck Personality Inventory*. London: University of of London Press.
- Eysenck, H.J. (1967). *The Biological Basis of Personality*. Springfield, MA:C.C, Thomas.

- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1968). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder, Stoughton.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H. J. & Barret, P. (1985). A revised version of psychotics scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.

F

- Fedele, S., Fricchione, G., Porter, S.R. & Mignogna, M.D. (2007). Burning mouth syndrome (stomatodynia). *An International Journal of Medicine*, 100:527-30.
- Feinmann, C. & Harris, M. (1984). Psychogenic facial pain. Part 1: the clinical presentation. *British Dental Journal*, 156(5):165-168.
- Femiano, F., Gombos, F. y Scully, C. (2003). Síndrome de boca ardiente. Estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa-lipoico y combinación de terapias. *Medicina Oral*, 9:8-13.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción. Madrid: Pirámide.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca i investigació en antropologia*, nº3.
- Ferrando, M.T. (2009). *Eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con trastorno temporomandibular: investigación de proceso en dolor crónico*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Ferrer, V.A., Gonzalez R. y Manassero M.A. (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8, 153-160.
- Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 87-102.
- Firas, A. (2004). Psychological profile in burning mouth syndrome. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endododontic*, 97:339–344.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*. 12, 273–278.
- Fordyce, W. (1990). *Learned pain*. En Bonica, J. (Ed.) *The Management of Pain* (2nd Ed.). London: Lea & Febiger.

G

- Gall, T.L. & Cornblat, M.W. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524-535.

- Gallagher, R. M. & Verma, S. (2004). *Mood and anxiety disorders in chronic pain*. In R.H., Dworkin, y W.S., Breitbart (Eds.), *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers* (pp. 589–606).
- Galli, F., Lodi G., Sardella, A. & Vegni, E. (2016). Role of psychological factors in burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*, 0(0) 1–13.
- García, J. y Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología Clínica*, 5(2):9–11.
- Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Kinney, R.K. (1995). Predicting outcome of chronic low back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis. *Health Psychology*, 14, 415-420.
- Gatchel, R.J & Turk, D.C. (1999). *Psychosocial Factors in Pain. Critical Perspective*. New York: The Guildford Press.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. & Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- Geisser, M.E., Robinson, M.E. & Henson, C.D. (1994). The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 98-106.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J. & Beckham, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavioral Therapy*, 21, 349-62.
- Gómez, M. y Verdugo, M.A. (2004). Cuestionario de evaluación de la calidad de vida de alumnos en educación secundaria obligatoria. *Siglo Cero*, 35(4), 212, 5-17.
- González, O., Solórzano, A.L. y Balda, R. (1999). Dolor Bucal Presidente, Dimensiones Afectiva y Cognoscitiva. *Acta odontológica. venezolana*, 37(3),22-25.
- González, P. y Castillo, M.D. (2010). Sucesos vitales estresantes, afrontamiento y personalidad. *11o Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*.
- González de Rivera, J.L. Derogatis, L.R. De las Cuevas, C., Gracia-Marco, R. Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M y Monterrey, A.L. (1989). The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson.
- González de Rivera, J.L, Morera, A y Monterrey, A. L. (1989). El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto «sucesos vitales» en la predisposición a la patología médica. *Psiquis*, 10, 20-27.
- Gorsky, M., Silverman, S. & Chinn, H. (1991). Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endododontic*, 72: 192-5.

- Grushka, M., Katz, R.L. & Sessle, B.J. (1986). Spontaneous remission in burning mouth syndrome. *Journal of Dental Reserch*, 66:274.
- Grushka, M. (1987). Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surgery Oral, Medicine Oral Pathology, Oral Radiology*, 63:30-6.
- Grushka, M., Epstein, J. & Mott, A. (1998). An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surgery Oral, Medicine Oral Pathology, Oral Radiology*, 86:557–561.
- Grushka, M. & Bartoshuk, L.M. (2001). Burning mouth syndrome and oral dysesthesias. *Oral Healthy*, 91:27-31.
- Grushka, M., Epstein, J.B. & Gorsky, M. (2002). Burning mouth syndrome. *American Family Physician*, 65:615-620.
- Gurvits, G.E. & Tan, A. (2013). Burning mouth syndrome. *World Journal Gastroenterology*, 19(5): 665–672.

H

- Hakeberg, M., Berggren, U., Hägglin, C. & Ahlqwist, M. (1997). Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. *European Jorunal of Oral Science*, 105:539-43.
- Hakeberg, M., Hallberg, L.R. & Berggren, U. (2003). Burning mouth syndrome: experiences from the perspective of female patients. *European Journal of Oral Science*, 111:305–311.
- Hammaren, M. & Hugoson, A. (1989). Clinical psychiatric assessment of patients with burning mouth syndrome resisting oral treatment. *Swedish Dental Journal*, 13, 77-88.
- Hansen, R.F., Sorensen, B.F. & Schroll, M.(1995). Minnesota Multiphasic Personality Inventoty Profiles in person with or without low back pain. *Spine*, 20(24), 2716-20.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (2004).The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia*, 24 suppl 1:1–160.
- Helgeson, V. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23: 825-846.
- Holmes, T.H., & Masuda, M. (1974). *Life change and illness susceptibility. Stressful life events: their nature and effects*. New York: Jhon Wiley
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Reserch*, 11, 213-218.
- House, J.S., Robbins, C. & Metzner, H.M. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116:123- 40.

I

International Association for the Study of Pain. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definition of Pain Terms (1986). *Pain*. (Suppl): 1-222.

J

Jääskeläinen, S.K. (2012). Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clinical Neurophysiology*, 123(1):71-7.

Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., Good, A.B. & Wald L.H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*. 81: 95-104.

Jerlang, B.B. (1997). Burning mouth syndrome (BMS) and the concept of alexithymia, a preliminary study. *Journal of Oral Pathology Medicine*. 26:249–253.

Junge, A., Dvorak, J. & Ahrens, S. (1995). Predictors of bad and good outcomes of lumbar disc surgery. A prospective clinical study with recommendations for screening to avoid bad outcomes. *Spine*, 20:460-8.

K

Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. & Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. Nueva York, NY, EE.UU.: Wiley.

Keefe, F.J. (2000). *Can cognitive-behavioral therapies succeed where medical treatments fail?* En: Devor M, Rowbo-tham MC, Wiesenfeld-Hallin Z, eds. *Proceedings of the 9th World Congress on Pain*. Seattle: IASP Press.

Keefe, F.J. & Bonk, V. (1999). *Valoración psicosocial del dolor en pacientes con Artritis Reumatoide*. En *Rheumatic Disease Clinics of North America* (Ed.): *Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas*. Madrid: Panamericana

Keefe, F.J. & Dolan, E.A. (1988). Correlation of behavior and muscle activity in patients with myofascial pain dysfunction syndrome: facial pain. *Journal Of Craniomandibular Disorders*, 2: 181-184.

Kellison, L.J. (2002). An exploration of culture and coping: the experience of Latina women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 63(5-B).

Kerns, R.D., Turk, D.C. & Rudy, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23: 345-356.

Kessler, R.C. (1991). Perceived support and adjustment to stress: Methodological considerations. *The Meaning and Measurement of Social Support*. *Hemisphere*, 259- 272.

- Kiecolt, J.K., McGuire, L. Robles, T. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 15–28.
- Klasser, G.D., Fischer, D.J. & Epstein, J.B. (2008). Burning mouth syndrome: recognition, understanding, and management. *Oral Maxillofacial Surgery Clinical North America*, 20:255-71.
- Klausner, J.J. (1994). Epidemiology of chronic facial pain: diagnostic usefulness in patient care. *Journal of American Dental Association*, 125: 1604-11.
- Klenerman, L., Slade, P.D., Stanley, I.M., Pennie, B., Reilly, J.P., Atchison, L.E., Troup, J.D. & Rose, M.G. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute pain attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 20:478-84.
- Koeter, M.W J. (1992). Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: a comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 24, 271-280.
- Komiyama, O., Obara, R., Uchida, T., Nishimura, H., Lida, T., Okubo, M., Shimosaka, M., Narita, N., Niwa, H., Shinoda, M., Kobayashi, M., Noma, N., Abe, O., Makiyama, Y., Hirayama, T. & Kawara M. (2012). Pain intensity and psychosocial characteristics of patients with burning mouth syndrome and trigeminal neuralgia. *Journal of Oral Science*, 54: 321–327.
- Kratz, A. L., Davis, M. C. & Zautra, A. J. (2007). Pain Acceptance Moderates the Relation Between Pain and Negative Affect in Osteoarthritis and Fibromyalgia Patients. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 33(3), 291–301.
- L**
- Lamey, P.J. & Lamb, A.B. (1988). Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *British Medical Journal*, 296:1243-6.
- Lamey, P.J. & Lewis, M.A.O. (1989). Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *British Dental Journal*, 167: 197 -200.
- Lamey, P.J. (1996). Burning Mouth Syndrome. *Dermatology Clinics*, 14:339- 54.
- Lamey, P.J., Freeman, R., Eddie, S.A., Pankhurst, C. & Rees, T. (2005). Vulnerability and presenting symptoms in burning mouth syndrome. *Oral Surgery, Oral Medical, Oral Pathology, Oral Radiology Endodontic*, 99(1):48-54.
- Langer, E. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Lauritano, D., Calzavara, D., Papagna, R., Baldoni, M. y Bascones, A. (2003). Evidencia del síndrome neuropático en un estudio neurofisiológico e inmunohistoquímico de las fibras nerviosas en pacientes con síndrome de boca ardiente. *Avances en Odontoestomatología*, 19-(2): 81-94.

- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1990). Theory-based stress measurement: response. *Psychological Inquiry*, 41-51
- Lazarus, R. y Folkman (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca, México.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca
- Lazarus, R.S & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. Liebeskind (editors). *Advances in pain research and therapy*. Raven Press. New York: 323-39.
- Lyng, A.M., Smidtc, D., Nauntoftea, B., Jerlang, C. & Bjørnsson, B. (2004). Burning Mouth Syndrome: Etiopathogenic Mechanisms, Symptomatology, Diagnosis and Therapeutic Approaches. *Oral Bioscience Medicine*, 1, 3-19.
- Lynn, R. & Eysenck, H.J. (1961). Tolerance for pain, extraversion and neuroticism. *Perceptual and Motor Skills*, 12: 161–162.
- Linton, S.J. (2000). A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain. *Spine*. 25: 1148-56.
- Locker, D. & Allen, F. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community Dental Oral Epidemiology*, 35(6), 401-411.
- Locker, D. & Slade, G. (1993). Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *Journal of Canadian Dental Association*, 59 (10), 830-833, 837-838, 844.
- Loeser, J., Butler, S.H., Chapman, C., Turk, D. & Bonica, C. (2001). *Terapéutica del dolor*. México: Mc Graw-Hil.
- López-Jornet, E., Banegas, J.R., Graciani, A., Gutiérrez, J.L., Alonso, J. y Rodríguez, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 120, 568-73.
- López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F. y Lucero, M. (2008). Quality of life in patients with burning mouth syndrome. *Journal of Oral Pathology Medicine*, 37, 389-394.
- López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F. y Lucero, M. (2009). La medición del impacto de la enfermedad de la mucosa oral en la calidad de vida. *European Journal of Dermatology*, 19 (6), 6-603.ç
- López-Jornet P., Camacho-Alonso, F., Andujar-Mateos, P., Sánchez-Siles, M. y Gómez-García, F. (2010). Burning mouth syndrome: Update. *Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal*, 1:15:562-8.

López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F. y Andujar-Mateos, P. (2011). A prospective, randomized study on the efficacy of tongueprotector in patients with burning mouth syndrome. *Oral Diseases*, 17, 277-282.

Lorenzen, I. (1994). Fibromyalgia: a clinical challenge (review). *Journal of Internal Medicine*, 235, 199-203.

Lumley, M., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519-530.

M

Maina, G., Albert, U., Gandolfo, S., Vitalucci, A. & Bogetto, F. (2005). Personality disorders in patients with burning mouth syndrome. *Journal of Personal Disorders*, 19, 84-93.

McCracken, L.M., Vowles, K.E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107:159-166.

Malik, R., Goel, S., Misra, D., Panjwani, S. & Misra, A. (2012). Assessment of anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome: A clinical trial. *Journal of Midlife Health*, 3:36-9.

Margarita, A., (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25 (4) 610-617

Marino, R., Luigi, R., Ferro, G., Carezana, C., Gandolfo, S. & Pentenero, M. (2015). Peculiar alexithymic traits in burning mouth syndrome: case-control study. *Clinical Oral Investigations*, 19:1799-1805.

Marques, M. (2003). *Estudio Clínico de Pacientes con Síndrome de Boca Ardiente: xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.

Martín, D., Zanier, J., y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8, 175-182.

Martín, J., Sánchez, J. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21: 29-37.

Matsuoka, H., Himachi, M., Furukawa, H., Kobayashi, S., Shoki, H. & Motoya, R. (2010). Cognitive profile of patients with burning mouth syndrome in Japanese population. *Odontology*, 98(2):160-4.

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. & Ibañez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25 (2), 32-36.

- Melzack, R. & Casey, K.L. (1968). *Sensory, motivacional, and central control determinants of pain: a new conceptual model*. En D. Kenshalo (ed.). *The skin senses*. Springfield: Thomas, pp 423- 443.
- Melzack, R. & Torgerson, W.S., (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34: 50-59.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R., Dennis, S.G. (1980). *Phylogenetic evolution of pain expression in animals*. En: Kosterlitz HW, Terenius LY, editores. *Pain and Society*. Weinheim: Verlag Chemic.
- Melzack, R. (1983). *Concepts of pain measurement*. En: Melzack R, editor. *Pain measurement and assessment*. New York: Raven Press; 1-5
- Melzack, R. (1984) Neurophysiological basis of pain measurement. *Advances in Pain Research*, 323-341.
- Melzack, R. (1999). *Pain and stress: a new perspective*. En R.J. Gatchel y D.C. Turk. (Eds.) *Psychosocial Factors y Pain*. New York: Guildford Press.
- Melzack, R. (2000) Del umbral a la neuromatriz. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. 7: 149-156.
- Merigo, E., Manfredi, M. & Zanetti, M.A. (2007). Burning mouth syndrome and personality profiles. *Minerva Stomatology*, 56: 159–167.
- Meyer, A. (1951). *The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis*. En E. G. Winters (ed.): *The collected papers of Adolf Meyer*, Vol III, Medical Teaching, Baltimore, MD, Johns Hopkins.
- Miranda, S. y Miranda, A., (2010). Síndrome de la boca urente (orodinia). *Más Dermatología*, 12:21-25.
- Mikail, F., Du Breuil, S.C. & D'Eon, J.L. (1993). A comparative analysis of measures used in the assessment of chronic pain patients. *Psychological Assessment*, 5, 117-120.
- Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Molinero, LM. (1998). Cuestionarios de Salud. [Versión electrónica]. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión; febrero. Disponible en [http:// www.seh-lilha.org/stat1.htm](http://www.seh-lilha.org/stat1.htm).
- Molins, J. Extremera, M. J., Carballido, S. & Lutterbeck, V. (2005). *La fibromialgia desde la perspectiva relacional*. Extraído el 15 de abril de 2007, desde <http://www.santpau.es/santpau/etf/webesp/Fibromialgia%20desde%20la%20perspectiva%20relacional.doc>.

- Monsalve, V. y Soriano, J. (2002). Afrontamiento psicológico al dolor. En Peset, R. y Bernat, G. (Dir.): *Humanización de la Atención Sociosanitaria*. Tomo 3, pp.404-417. Valencia. Generalitat Valenciana. 405-417.
- Monsalve, V. Soriano, J. y de Andrés, J.(2006). Utilidad del índice de lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico. Relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. (En prensa).
- Montes, J.L. (2001). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Revista Dental de Chile*, 92 (3), 29-31.
- Montoya, P., Pauli, P., Batra, A. & Wiedemann, G. (2005). Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 9(3):293–303.
- Moreno, I. y Montaña, A. (2000). Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la Fibromialgia. *Revista española de reumatología*, 27, 436-441.
- Moretti, L.S. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2 (3), 21-29.

N

- Navarro, M.E. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en Psicología*, 20, 1-21.
- Nelson, D.V. & Novy, D.M. (1997). Self-report differentiation of anxiety and depression in chronic pain. *Journal of Personality Assessment*, 69:392-407.
- Nordahl, H.M. & Stiles, T.C. (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Annals of General Psychiatry*, 6-9.
- Novy, D.M. (2004). Psychological approaches for managing chronic pain. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 279-288.

O

- Ohayon, M.M. & Schatzberg, A.F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 39–47.
- Ohrbach, R. & Dworkin, S.F. (1998). Five years outcomes in tdm: relationship of changes in pain to changes in physical y psychological variables. *Pain*, 74 (2-3): 315-326.
- Olivares, M.A., Cruzado, J.A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y salud*, 19 (3), 321-341.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Cancer Pain Relief and palliative care*. Génova.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación internacional de enfermedades* (10ª ed.) (CIE-10). Madrid: Meditor.

- Orozco, G., Sanchez, E., Gonzalez, M.A., Lopez, M.A., Torres, B. y Caliz, R., (2005). Association of a functional single-nucleotide polymorphism of PTPN22, encoding lymphoid protein phosphatase, with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumathoid*, 52:219-24.
- Ortiz A. (2015). *Establecimiento de un portocolo diagnóstico para el Síndrome de Boca Ardiente*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- Osorio, R. y Bohórquez, L.P. (2012). Estudio bibliométrico de las variables cognoscitivas relacionadas con el dolor crónico. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 12 (1), 9-22.
- Oteo, L. y Baguena, M.J. (2010). *Estudio sobre los aspectos psicológicos de la Fibromialgia en mujeres*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- P**
- Palacios, B., Cerero, R., Esparza, G. y Moreno, L.A. (2011). Síndrome de boca ardiente: puesta al día. *Científica Dental*, 8(2): 127-131.
- Palacios, B. (2010). *Eficacia del ácido alfa-lipóico en el síndrome de la boca ardiente*. Tesis doctoral.
- Parker, J.C., Singsen, B.H., Hewett, J.E., Walker, S.E., Hazelwood, S.E., Hall, P.J., Holsten, D.J. & Rodon, C.M. (1984). Educating patients with rheumatoid arthritis: a prospective analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 65(12):771-774.
- Pastor, M., López, S., Rodríguez, J., Salas, E., Sánchez, S. y Terol, M. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. *Revista de Psicología Social*, 9, 179-191.
- Paterson, A.J., Lamb, A.B., Clifford, T.J. & Lamey, P.J. (1995). Burning mouth syndrome: the relationship between the HAD scale and parafunctional habits. *Journal of Oral Pathology Medicine*, 24: 289-92.
- Patton, L.L., Siegel, M.A., Benoliel, R. & De Laat A. (2007). Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontic*, 103 Suppl:S39.e1-13.
- Pedrajas-Navas, J.M. y Molino-González, A.M. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19, (3)277-293.
- Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A. (1994). *Estrés, personalidad y salud: Un modelo no sexista del estrés*. Valencia. Alfaplús.
- Pelechano, V. (1998). *El Cuestionario de Sucesos Vitales Estresantes (SVEAD)*. Mimeo.
- Perdomo, M. y Chimenos, E. (2003). Síndrome de Boca Ardiente: actualización. *Avances en Odontoestomatología*, 19(4), 193-202.

- Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 3-24.
- Phillips, J.M. & Gatchel, R.J. (2000). Extraversion – Introversion and chronic pain. En R.J. Gatchel y J.N. Weisberg (Eds.). *Personality Characteristics of Patients with Chronic Pain*. Washington: APA.
- Pinto, A., Sollecito, T.P. & De Rossi, S.S. (2003). Burning mouth syndrome. *NY State Dental Journal*, 69:18-24.
- Ponce, G.J.M., Velásquez, S.A., Márquez, C.E., López, R. L. y Bellido, M.M.L. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de enfermería: información*, 18(4): 224-228.
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Prieto, J. (1999). *El dolor crónico. Aspectos educativos en la edad adulta*. Promolibro, Madrid.
- Q**
- Quevedo, R. (2015). Síndrome de Boca Ardiente, una patología de difícil abordaje. *Gaceta dental*, 238, 166-169.
- R**
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
- Ramírez, C. (2002). Las características personales de la experiencia del dolor y el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*, 6:40-5.
- Reisner, L. & Pettengil, CA. (2001). The use of anticonvulsants in orofacial pain. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontic*, 91:2-7.
- Renton T. Burning Mouth Syndrome. (2011). *Br J Pain*, 5 (4): 12-17.
- Riley, J.L. & Gilbert, G.H. (2001). Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *Pain*, 90:245-56.
- Riley, J.L., Robinson, M.E., Geisser, M.E., Wittmer, V.T. & Smith, A.G. (1995). The relationship between MMPI-2 cluster profiles and surgical outcome in low- back pain patients. *The Journal of Spinal Disorders*, 8:213-219.
- Riordain, E., Moloney E., O'Sullivan, K. & McCreary, C. (2010). Burning mouth syndrome and oral health-related quality of life: is there a change over time? *Oral Disease*, 16(7), 643-7.
- Robinson, M.E. & Riley J.L. (1999). The role of emotion in pain. En: Gatchel, R.J. y Turk D.C., eds. *Psychosocial factors in pain*, Nueva York: Guilford Press.

- Rochelle, R. & Torgerson, M.D. (2010). Burning mouth syndrome. *Dermatologic Therapy*, 23, 291–298.
- Rodríguez-Marín, J., López, S., Pastor, M.A., Terol, M.C., Sánchez, S., Pascual, E. & Salas, E. (1992a). *Coping strategies and quality of life in fibromyalgia syndrome*. Paper presented at American Psychological Association Centennial Convention. August 14-18, Washington, D.C.
- Rodríguez, L., Cano, F.J. y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas españolas de psiquiatría*, 32(2), 82-91.
- Rojo, L., Silvestre F.J. y Bagan J.V. (1993). T. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 75:308-11.
- Ros, N., Chimenos, E., López, J. y Rodríguez de Rivera, M.E. (2008). Síndrome de ardor bucal: Actualización diagnóstica y terapéutica. *Avances en Odontostomatología*, 24(5): 313-321.
- S**
- Sardella, A., Lodi, G., Demarosi, F., Uglietti, D. & Carrasi, A. (2006). Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a casecontrol study. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 35, 466-71.
- Scala, A., Checchi, L., Montavecchi, M., Marini, I. & Giamberardino, M.A. (2003). Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 14:275-291.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *The Social Science Of Medicine*, 32, 705-714.
- Schiavone, V., Adamo, D. & Ventrella, G. (2012). Anxiety, depression, and pain in burning mouth syndrome: First chicken or egg? *Headache*, 52: 1019–1025.
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L. & Tress, W. (1994). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34:360-366.
- Schmidt, N.B. & Cook, J.H. (1999). Effects of anxiety sensitivity on anxiety and pain during cold pressor challenge in patients with panic disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 37: 313-323.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con las salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9-21.
- Selye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica. (Publicación original: 1950).
- Serrano, M., Cañas, A., Serrano, C., García, P. L. y Caballero, J. (2002). Evaluación psíquica del dolor. *Dolor*, 17, 57-70.
- Shenefelt, P.D. (2003). Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind? *Dermatologic Therapy*, 16, 114-122.

- Silvestre, F.J. (1996). Síndrome de boca ardiente. En: Bullón P, Velasco E. *Odontoestomatología Geriátrica*, Madrid: IM&C, 271-80.
- Silvestre, F.J., Serrano, C. (1997). El síndrome de boca ardiente: revisión de conceptos y puesta al día. *Medicina Oral*, 2: 30-8.
- Silvestre-Donat F.J., Silvestre-Rangil J (2008). Tratamiento del paciente con el síndrome de boca ardiente o estomatodinia. *JANO*, 1695:33-6.
- Silvestre, F.J., Silvestre-Rangil, J. Tamarit-Santafé, C. Bautista, D. (2011). Application of a capsaicin rinse in the treatment of burning mouth syndrome. *Medina Oral, Patología Ora, Cirugía Bucal*, 17: e1-4.
- Silvestre, F.J., Silvestre-Rangil J. y López-Jornet, P. (2015). Síndrome de boca ardiente: revisión y puesta al día. *Revista de Neurología*, 60: 457-63.
- Slade, G. & Spencer, J. (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*, 11(1), 3–11.
- Slade, G.D. (1997). The oral health impact profile. En: Slade GD, ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Dental Ecology.
- Smith, K., Avis, N. & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8: 447-59.
- Solano, M.C. (2013). *Relaciones entre el dolor por Artritis Reumatoide con el Bienestar Psicológico, Afrontamiento y síntomas depresivos*. Tesis doctoral. Universidad católica del Perú.
- Somacarrera, M.L., Pinos, H., Hernández, G. y Lucas, M. (1998). Síndrome de la boca ardiente. Aspectos clínicos y perfil psicológico asociado. *Archivos de Odontoestomatología*, 11: 295-306.
- Soriano, J. (2000). El afrontamiento del estrés. En J. Sanchez-Cánovas; J. Soriano, J. Zorroza (Eds.) *Estrés Personalidad y Salud* (pp. 207-250). Valencia: Universidad de Valencia.
- Soriano, J.F., Monsalve, V., Ibáñez, E. y Gómez, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4): 537-542.
- Soto, A., Rojas, A. y Esguep, A. (2004). Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante. *Medicina Oral*, 9(1), 1-7.
- Sotorra, D., Sánchez, A., Valmaseda, E. & Gay, C. (2016). Continuous neuropathic orofacial pain: A retrospective study of 23 cases. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, doi:10.4317/jced.52654.
- Spanemberg, J.C., Dias, A.P., Barreiro, B., Cherubini, K., Figueiredo, M.A. & Salum, F. (2012). Impact of burning mouth syndrome on quality of life. *Revista científica Odontológica*, 27(3), 191-195.

- Stiebler, V. (1993). Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do cancer: um panorama atual. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 39(2), 53-59.
- Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M. P. & Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Svensson, P. & Kaaber, S. (1995). General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. *Journal of Oral Rehabilitation*, 22(12):887.

T

- Taiminen, T., Kuusalo, L., Lehtinen, L., Forssell, H., Hagelberg, N., Tenovuo, O., Luutonen, S., Pertovaara, A. & Jääskeläinen, S. (2011). Psychiatric (axis I) and personality (axis II) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 2: 155–160.
- Takenoshita, M., Sato, T., Kato, Y., Katagiri, A., Yoshikawa, T., Sato, Y., Matsushima, E., Sasaki, Y. & Toyofuku, A. (2010). Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 6: 699-705.
- Tarkkila, L., Linna, M., Tiitinen, A., Lindqvist, C. & Meurman, J.H. (2001). Oral symptoms at menopause-the role of hormone replacement therapy. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontic*, 92: 276-80.
- Testa, M.A. & Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334: 835-40.
- Tokura, T., Kimura, H., Ito, M., Nagashima, W., Sato, N., Kimura, Y., Arao, M., Aleksic, B., Yoshida, K., Kurita, K., Ozaki, N. & (2015). Temperament and character profiles of patients with burning mouth syndrome. *Journal of Psychosomatic Reserch*, 78: 495–498.
- Triantos, D. & Kankais, P. (2004). Stomatodynia (burning mouth) as a complication of enalapril therapy. *Oral Diseases*, 10, 244–245.
- Trunzo, J. & Pinto, B. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 805-811.
- Turk, D.C. & Rudy, T.E. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 25(4), 237-249.
- Turk, D.C. & Rudy T.E. (1990). The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain*, 43, 27-35.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. (1996) Perception of traumatic onset, compensation status and physical findings: Impact on pain severity, emotional distress, and disability in chronic pain patients. *Journal of Behavioral Medecine*, 19:435-53.

Turk, D.C., Sist, T.C., Okifuji, A., Miner, M.F., Florio, G., Harrison, P., Massey, J., Lema, M.L. & Zevon, M.A. (1998). Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain and non-cancer pain: role of psychological and behavioral factors. *Pain*, 74(2-3): 247–256.

Turk, D.C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.

U

Ubago, M. C., Ruiz, I., Bermejo, M. J., Olry, A. y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con Fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 6 695.

V

Vaida, R. (2012). Burning mouth syndrome at menopause: Elusive etiology. *Journal of Midlife Health*, 3(1): 3–4.

Van Amerogen. (1998). Manifestations psycho-somatiques de la sphere orale. *Revue d'Odontologie*, 3:259-3.

Van-der Hostadt, C.J., Quiles, M.J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 503-510.

Vargas, S.P., Herrera, G.P., Rodríguez, L. y Sepúlveda, G.J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24.

Vega, O. y González, D (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.

Velasco, C., Fernández, I. y Páez, D. (2001). Alexitimia, afrontamiento, compartir social y salud. *Boletín de Psicología*, 70, 47-63.

Verma, S. y Gallagher, R.M. (2000). Evaluating and treating co-morbid pain and depression. *International Review of Psychiatry*, 12:103-14.

Viglioglia, P.A. (2005). Estomatodinia-Glosodinia. *Actas Terapéuticas Dermatológicas*, 28, 397.

Vilagut, G. & cols. (2005). The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new development. *Gaceta sanitaria*, 19(2):135-50.

W

Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, L.P., Rafii, A. & Price, D.D. (1992). Canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering and pain behavior. *Pain*, 51, 67-73.

Waddell, G., Pilowsky, I. & de Bond, M.R. (1989). Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behaviour in low back pain. *Pain*, 39: 41– 53.

Ware, J.E, Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.

Woda, A. & Pionchon, P. (1999). A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. *J Oral Pain*, 13:173-95.

World Health Organization (1952). Who Expert Committee on dependence producing drugs. *Who Technical Report Service* n° 312.

Y

Yue, Y., Chen, Q., Lin, M. & Li, B. (1999). Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome: an investigation of personality, psychopathological profiles and social life background stress. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*, 17(1):36-8.

Z

Zakrzewska, J.M., Forssell, H. & Glenny A.M. (2005). Interventions for the treatment of burning mouth syndrome (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1: CD002779.

Zakrzewska, J.M., Forssell, H. & Glenny, A.M. (2008). *Intervenciones para el tratamiento del síndrome de ardor bucal* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*.

Zakrzewska, J.M. (2010). Medical management of trigeminal neuropathic pains. 11: 1239-54.

Zakrewska, J.M. (2013). Multidimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *Journal of Headache Pain*, 14: 37.

Zegarelli, D.J. (1984). Burning mouth: An analysis of 57 patients. *Oral Surgery*, 58: 34-8.

Ziesat, H.A., Gentry, W.D. (1978). The pain apperception test: an investigation of concurrent validity. *Journal of Clinical Psychology*, 34(3):786-9.

ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIOS

APARTADO I
PROTOCOLO DE MEDICINA BUCAL

PROTOCOLO DE MEDICINA BUCAL

Sociedad Española de Medicina Oral

Nº. _____

Boca Ardiente Otras patologías

Paciente: _____

Sexo: M H

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Centro: _____ Fecha Hª Clínica: ____/____/____

Nivel de Estudios:	Sin estudios	<input type="checkbox"/>	Nivel Socioeconómico: Bajo	<input type="checkbox"/>
	Primaria	<input type="checkbox"/>	Medio Bajo	<input type="checkbox"/>
	EGB	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>
	Bachiller	<input type="checkbox"/>	Medio Alto	<input type="checkbox"/>
	FP	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>
	Universitarios	<input type="checkbox"/>		

Profesión: _____

1. Datos clínicos. Anamnesis

1.1. Presencia clínica de sensación de ardor o quemazón sobre algún área de la mucosa oral, de más de 4 meses de evolución No Sí

1.2. ¿Desde cuándo? _____

1.3. Características del síntoma ardor:

1.3.1 Localización: _____

1.3.2 Ritmo: Desde la mañana Más en la tarde-noche
Días libres o alternos

1.3.3. Desencadenante (odontológico o físico): No Sí
Tipo: _____

1.3.4. Relación con las comidas: Mejora No mejora

1.4. Sensaciones o molestias acompañantes.

1.4.1. Boca seca No Sí

1.4.2. Gusto alterado No Sí

1.4.3. Gusto disminuido No Sí

1.4.4. Sensación de ulceraciones No Sí

1.4.5. Otros (especificar): _____

1.5. Tratamientos farmacológicos en los últimos 2 meses: No Sí

¿Cuáles? _____

2. Exploración bucal

Inspeccionaremos la mucosa oral, el color, el grado de lubricación y si se observa alguna lesión sobre la misma. Si existe alguna lesión establecer el diagnóstico correcto.

2.1. ¿Se observa alguna lesión en la mucosa oral? No Sí

Descríbala: _____

Observar si existen irritaciones sobre la mucosa oral, especialmente sobre la lengua.

2.2. Áreas eritematosas o depilación en punta y bordes linguales No Sí

2.3. Áreas eritematosas en mucosa labial inferior, yugular o paladar No Sí

Lugar: _____

2.4. Existencia de macroglosia No Sí

2.5. Se observan indentaciones en lengua o labio inferior No Sí

2.6. Es portador de prótesis dentales No Sí

2.7. Prótesis fija No Sí

2.8. Produce irritación la prótesis en la mucosa oral No Sí

2.9. Prótesis removibles No Sí

2.10. Produce irritación sobre la mucosa No Sí

3. Pruebas complementarias

Sialometría cuantitativa:

3.1. STR (saliva total en reposo en ml/min): _____

3.2. STE (saliva total estimulada en ml/min): _____

Analítica

APARTADO II

WHYMPI

WHYMPY

SECCIÓN I

Entre las 20 preguntas siguientes se le pedirá sobre la descripción de su dolor y cómo éste afecta a su vida. Debajo de cada pregunta encontrará una escala de 0 a 6 para registrar su respuesta. Lea cuidadosamente cada una de ellas y rodee con un círculo el número de la escala que mejor indique cómo aplica a Vd. cada cuestión en particular.

A continuación le presentamos un ejemplo que le ayudará a entender mejor como debe proceder para responder.

Ejemplo: ¿Con qué frecuencia lee Vd. el periódico?

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Diariamente

Si Vd. Nunca lee el periódico, deberá rodear con el círculo el número 0. En cambio, si lo lee casi a diario deberá rodear con un círculo el número 6. De esta manera, los números más bajos deberán ser usados para una frecuencia menor de periódicos leídos, y los más altos para una frecuencia mayor de lectura.

1. Estime la intensidad de su dolor en el momento presente.

0	1	2	3	4	5	6
SIN DOLOR						DOLOR MUY INTENSO

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

0	1	2	3	4	5	6
SIN INTERFERENCIA						INTERFERENCIA EXTREMA

3. Desde el inicio del dolor, ¿cuánto ha cambiado el dolor su habilidad para el trabajo?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

Anote aquí si el cambio ha sido debido a otras razones que no sea por su problema del dolor.

.....

4. ¿En qué medida el dolor ha cambiado la satisfacción o el goce que Vd. obtiene de participar en actividades sociales o de recreo?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTERMO

5. ¿Cuál es el nivel de ayuda o de apoyo que le aporta su esposo (u otra persona similar) en relación a su dolor?

0 1 2 3 4 5 6

NINGÚN APOYO

APOYO EXTREMO

6. Clasifique su estado de ánimo global durante la **semana pasada**.

0 1 2 3 4 5 6

ÁNIMO EXTRE-

ÁNIMO EXTREMA-

MADAMENTE BAJO

DAMENTE ALTO

7. Como promedio, ¿qué grado de severidad “gravedad” ha tenido su dolor durante la **semana pasad**?

0 1 2 3 4 5 6

NADA SEVERO

EXTREMADAMENTE SEVERO

14. ¿Qué cantidad de satisfacción o disfrute que obtiene Vd. del trabajo ha sido cambiado por el dolor?

0 1 2 3 4 5 6

NINGÚN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

Anote aquí si actualmente Vd. no está trabajando:.....

15. ¿Qué atención pone su esposo (u otra persona similar) a su problema del dolor?

0 1 2 3 4 5 6

NINGUNA ATENCIÓN

ATENCIÓN EXTREMA

16. Durante la **semana pasada**, ¿en qué grado ha sido usted capaz de ocuparse de sus problemas?

0 1 2 3 4 5 6

NADA EN ABSOLUTO

EXTREMADAMENTE BIEN

17. ¿Cuánto ha cambiado su habilidad para realizar trabajos caseros?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

18. Durante la **semana pasada**, ¿a qué nivel de irritabilidad ha estado?

0 1 2 3 4 5 6

SIN IRRITACIÓN ALGUNA

EXTREMADAMENTE IRRITABLE

19. ¿Cuánto ha cambiado su dolor las relaciones con sus amistades o con otras personas que no pertenecen a su familia?

0 1 2 3 4 5 6

NINGÚN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

5. Asume mi trabajo u obligaciones

0 1 2 3 4 5 6
NUNCA MUY AMENUDO

6. Me habla de otras cosas para olvidar mi pensamiento sobre el dolor

0 1 2 3 4 5 6
NUNCA MUY AMENUDO

7. Expresa frustración hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6
NUNCA MUY AMENUDO

8. Trata de que yo pueda descansar.

0 1 2 3 4 5 6
NUNCA MUY AMENUDO

9. Trata de envolverme en alguna actividad.

0 1 2 3 4 5 6
NUNCA MUY AMENUDO

10. Expresa enfado hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6
NUNCA MUY AMENUDO

11. Busca algunos medicamentos para mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6
NUNCA MUY AMENUDO

3. Jugar a las cartas o a otros juegos
- | | | | | | | | |
|-----------|-------|---|---|---|---|---|-------------|
| Antes.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | NUNCA | | | | | | MUY AMENUDO |
| Ahora.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
4. Hacer la compra.
- | | | | | | | | |
|-----------|-------|---|---|---|---|---|-------------|
| Antes.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | NUNCA | | | | | | MUY AMENUDO |
| Ahora.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
5. Trabajar en el jardín.
- | | | | | | | | |
|-----------|-------|---|---|---|---|---|-------------|
| Antes.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | NUNCA | | | | | | MUY AMENUDO |
| Ahora.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
6. Ir al cine o a un espectáculo.
- | | | | | | | | |
|-----------|-------|---|---|---|---|---|-------------|
| Antes.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | NUNCA | | | | | | MUY AMENUDO |
| Ahora.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
7. Visitar amigos.
- | | | | | | | | |
|-----------|-------|---|---|---|---|---|-------------|
| Antes.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | NUNCA | | | | | | MUY AMENUDO |
| Ahora.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
8. Limpiar la casa.
- | | | | | | | | |
|-----------|-------|---|---|---|---|---|-------------|
| Antes.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | NUNCA | | | | | | MUY AMENUDO |

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

9. Cuidar del coche.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

10. Pasear en coche.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

11. Visitar parientes.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

12. Hacer la comida.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

13. Lavar el coche.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

14. Ir de viaje.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

15. Ir al parque, al campo o a la playa.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

16. Lavar la ropa.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

17. Trabajar en una reparación necesaria de la casa.

Antes.... 0 1 2 3 4 5 6

NUNCA

MUY AMENUDO

Ahora....0 1 2 3 4 5 6

APARTADO III
CUESTIONARIO DE SUCESOS VITALES ESTRESANTES

SUCESOS VITALES ESTRESANTES

A continuación se encuentran una lista de frases que se refieren a cosas que le pueden suceder a las personas. Le pedimos que señale aquéllas cosas que recuerde que le han sucedido en los últimos diez años o le están sucediendo ahora.

Si le han sucedido o suceden en la actualidad señale “SI”; si no le han sucedido, señale “NO”. Al lado de cada ítem se encuentra una escala de 0 a 10. Marque en esta escala es valor que refleje la importancia (mayor número, más importancia) que este suceso tuvo para usted.

Le pedimos sinceridad en sus respuestas. Los resultados van a ser utilizados tan sólo para poder ofrecer una ayuda psicológica más eficaz para las personas que lo necesiten.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Muerte de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Problemas en mi trabajo (con jefes, compañeros)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Accidente de tráfico grave propio	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Accidente de tráfico grave de amigos	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Accidente de tráfico grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Enfermedad grave propia	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Enfermedad grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Enfermedad grave de amigos	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. He presenciado la muerte de otra persona	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. He asistido al entierro de alguien a quien quería	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. He estado ingresado en un hospital	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Familiar cercano ingresado en un hospital	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Me han operado	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Han operado a familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Bebo demasiado	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Problemas con el alcohol de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Problemas con drogas de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Algún familiar cercano (padres, pareja, hijos, hermanos) se ha quedado mal como consecuencia de enfermedad o accidente	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Me han agredido físicamente	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Debido a mis problemas con el alcohol tengo problemas con la familia	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Mi pareja me rechaza sexualmente	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Hace menos de un año que he roto con mi pareja	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Sigo teniendo pareja aunque la vida es un infierno	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24. Deseo cosas sexualmente que no tengo	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25. Soy infiel con mi pareja y me molesta, aunque no lo puedo evitar	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26. He visto más de una vez a mi antigua pareja con otra persona y parecía feliz	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27. Cada vez que me he enamorado, he fracasado	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. Discusión fuerte con ruptura de relaciones con familiares cercanos (hermanos, padres, hijos)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29. Ganas de no vivir más	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30. Traición de una persona en la que confiaba	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
31. Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
32. Sentimiento de estar totalmente solo	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33. Mi familia me desprecia y, en el mejor de los casos, pasa de mí	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
34. Me siento utilizado por otros y no puedo escaparme	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
35. Me siento inútil ante la desgracia de los demás	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
36. Fumo demasiado	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

37. A nivel profesional estoy inmovilizado y sin mejora posible	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
38. Tengo problemas económicos	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
39. He tenido problemas legales (jueces, juicios)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
40. Mi profesión es un fracaso	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
41. Tengo que tragar muchas cosas que veo, para evitar problemas más graves	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
42. He visto a gente cruel riéndose cuando hacen daño a otra persona	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
43. He disparado a alguien (persona)	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
44. He tenido relaciones sexuales con una persona que después, no me deja en paz	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
45. He tenido que trasladarme a vivir a otro sitio y dejar a amigos y conocidos	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
46. La mayor parte de las aspiraciones que tenía cuando era más joven, han fracasado	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
47. Tengo problemas para entender qué pasa conmigo	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
48. Me han disparado y herido	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
49. Discusiones en casa	S N	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POR FAVOR PONGA A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE LOS TRES SUCESOS VITALES QUE MÁS LE HAYAN IMPACTADO Y CUANTO TIEMPO HACE QUE LE OCURRIERON APROXIMADAMENTE:

- 1) Suceso No. _____ Ocurrió hace: _____
- 2) Suceso No. _____ Ocurrió hace: _____
- 3) Suceso No. _____ Ocurrió hace: _____

APARTADO IV

EPQ-R

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK-REVISADO

(EPQ-R)

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que tienen que ver con su modo de pensar, sentir y comportarse. No existen respuestas correctas o incorrectas. Los fines que persigue esta prueba son estrictamente científicos. Su tarea consiste en marcar aquella alternativa que más se corresponda con su manera de ser en la vida diaria.

1. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?	Si	No
2. ¿Es usted una persona conversadora, locuaz?	Si	No
3. ¿Se siente alguna vez desgraciado sin razón alguna?	Si	No
4. ¿Es usted una persona animada?	Si	No
5. ¿Es usted una persona irritable?	Si	No
6. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades?	Si	No
7. ¿Se siente herido con facilidad?	Si	No
8. Normalmente ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada?	Si	No
9. ¿Se siente a menudo hartos, “hasta la coronilla”?	Si	No
10. ¿Toma usted por lo general la iniciativa para hacer nuevos amigos?	Si	No
11. ¿Se considera usted una persona nerviosa?	Si	No
12. ¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida?	Si	No
13. ¿Se considera usted una persona intranquila?	Si	No
14. ¿Tiende usted a mantenerse en un segundo plano en los acontecimientos sociales?	Si	No
15. ¿Se considera usted una persona tensa, irritable, de “poco aguante”?	Si	No
16. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	Si	No
17. ¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta?	Si	No
18. ¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?	Si	No
19. ¿Sufre usted de los “nervios”?	Si	No
20. ¿Permanece usted generalmente callado cuando está con otras personas?	Si	No
21. ¿Se siente a menudo solo?	Si	No

22. ¿Piensan otras personas que usted es muy enérgico y activo?	Si	No
23. ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?	Si	No
24. ¿Es usted capaz de organizar una fiesta?	Si	No

APARTADO V

COPE

COPE

Estamos interesados en cómo las personas responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario le pide que indique lo que usted habitualmente hace o siente cuando experimenta sucesos estresantes. Evidentemente acontecimientos diferentes provocan respuestas algo distintas, pero piense en lo que usted hace habitualmente cuando se encuentra bajo estrés. Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem separándolo mentalmente de los otros ítems. Elija sus respuestas concienzudamente y haga que las respuestas sean tan exactas para usted como pueda. Por favor, responda a todos los ítems. No existen respuestas “buenas” o “malas”, por lo tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para usted, no la que usted crea que la mayoría de las personas diría o haría. **Indique, lo que usted habitualmente hace cuando experimenta un acontecimiento estresante.**

1 = Habitualmente no hago esto en absoluto

2 = Habitualmente lo hago esto un poco

3 = Habitualmente hago esto bastante

4 = Habitualmente hago esto mucho

1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.	1	2	3	4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.	1	2	3	4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.	1	2	3	4
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre ello.	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo “esto no es real”.	1	2	3	4
7. Confío en Dios.	1	2	3	4
8. Me río de la situación.	1	2	3	4
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.	1	2	3	4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.	1	2	3	4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.	1	2	3	4

12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.	1	2	3	4
13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó.	1	2	3	4
14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación.	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de ésta.	1	2	3	4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello.	1	2	3	4
18. Busco la ayuda de Dios.	1	2	3	4
19. Elaboro un plan de acción.	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre ello.	1	2	3	4
21. Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar.	1	2	3	4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	1	2	3	4
24. Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo.	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.	1	2	3	4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas.	1	2	3	4
27. Me niego a creer que ha sucedido.	1	2	3	4
28. Dejo aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	1	2	3	4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.	1	2	3	4
31. Duermo más de lo habitual.	1	2	3	4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	1	2	3	4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1	2	3	4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien.	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1	2	3	4

39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1	2	3	4
40. Finjo que no ha sucedido.	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.	1	2	3	4
42. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.	1	2	3	4
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1	2	3	4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1	2	3	4
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.	1	2	3	4
48. Intento encontrar alivio en mi religión.	1	2	3	4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1	2	3	4
50. Hago bromas de la situación.	1	2	3	4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema	1	2	3	4
52. Hablo con alguien de cómo me siento.	1	2	3	4
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
54. Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1	2	3	4
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1	2	3	4
57. Actúo como si nunca hubiese sucedido.	1	2	3	4
58. Hago lo que ha de hacerse paso a paso.	1	2	3	4
59. Aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
60. Rezo más de lo habitual.	1	2	3	4

APARTADO VI

MOS

CUESTIONARIO MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre).

Nº de amigos o familiares

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5

Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

APARTADO VII

SF-36

Cuestionario “SF-36” sobre el Estado de Salud –SF36-

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que Usted piensa sobre su salud. Sus repuestas permitirán saber cómo se encuentra Usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que Usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3

c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las **4 últimas** semanas ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física?**

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (ej. le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
e. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
f. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
g. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las **8 últimas semanas**, ¿Hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las **4 últimas semanas**?

No, ninguna	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderadamente	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante las **4 últimas semanas**, ¿Hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido Usted. Durante las **4 últimas semanas**, ¿Cuánto tiempo...

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las **4 últimas semanas** ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalment e falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

APARTADO VIII

SCL-90

SCL-90

A continuación se presenta una lista de problemas y quejas que la gente tiene en ocasiones. Por favor, lea cada uno con cuidado y seleccione uno de los números que describe mejor hasta qué punto se ha sentido afectado/a por este problema durante la última semana, incluido hoy. Ponga el número correspondiente en la línea que hay a la derecha de cada problema. Marque únicamente un número para cada problema y no se deje, por favor, ningún ítem sin contestar.

Nada **Un poco** **Moderadamente** **Bastante** **Mucho**
0 **1** **2** **3** **4**

1.	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2.	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3.	Pensamientos desagradables repetitivos que no puede quitarse de la cabeza	0	1	2	3	4
4.	Desmayos o mareos	0	1	2	3	4
5.	Pérdida de interés o placer sexual	0	1	2	3	4
6.	Sentirse crítico/a hacia los demás	0	1	2	3	4
7.	La idea de que alguien pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8.	Creer que los demás son culpables de muchos de sus problemas	0	1	2	3	4
9.	Dificultad para recordar cosas	0	1	2	3	4
10.	Preocupación por el desorden y la dejadez	0	1	2	3	4
11.	Sentirse fácilmente enfadado/a o irritado/a	0	1	2	3	4
12.	Molestias en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13.	Sensación de miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14.	Sentirse con pocas energías o decaído/a	0	1	2	3	4
15.	Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
16.	Oír voces que los demás no oyen	0	1	2	3	4
17.	Temblores	0	1	2	3	4
18.	Creer que no se puede confiar en la mayor parte de la gente	0	1	2	3	4

19.	Poco apetito	0 1 2 3 4
20.	Llorar con facilidad	0 1 2 3 4
21.	Sentirse tímido/a incómodo/a con el otro sexo	0 1 2 3 4
22.	Sentimientos de estar atrapado/a	0 1 2 3 4
23.	Asustarse súbitamente sin razón	0 1 2 3 4
24.	Explosiones de mal genio que no puede controlar	0 1 2 3 4
25.	Miedo de salir solo/a de su casa	0 1 2 3 4
26.	Culparse a si mismo/a de cosas	0 1 2 3 4
27.	Dolores en la parte baja de la espalda	0 1 2 3 4
28.	Sentirse bloqueado/a para hacer cosas	0 1 2 3 4
29.	Sentirse solo/a	0 1 2 3 4
30.	Sentirse triste	0 1 2 3 4
31.	Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas	0 1 2 3 4
32.	Desinterés por las cosas	0 1 2 3 4
33.	Sentirse temeroso	0 1 2 3 4
34.	El hecho que sus sentimientos son heridos fácilmente	0 1 2 3 4
35.	Pensar que otras personas conocen sus pensamientos íntimos	0 1 2 3 4
36.	Sentir que los demás no le entienden o son poco comprensivos con usted	0 1 2 3 4
37.	Encontrar que la gente es poco amistosa o que usted les desagrada	0 1 2 3 4
38.	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas	0 1 2 3 4
39.	Palpitaciones o aceleración del ritmo cardiaco	0 1 2 3 4
40.	Náuseas o trastornos estomacales	0 1 2 3 4
41.	Sentirse inferior a los demás	0 1 2 3 4
42.	Dolores musculares	0 1 2 3 4
43.	Sentir que está observado/a o que hablan de usted	0 1 2 3 4
44.	Dificultad para conciliar el sueño	0 1 2 3 4
45.	Tener que comprobar y volver a comprobar lo que hace	0 1 2 3 4

46.	Dificultad para tomar decisiones	0 1 2 3 4
47.	Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren	0 1 2 3 4
48.	Dificultad para respirar	0 1 2 3 4
49.	Rachas o momentos de frío o calor	0 1 2 3 4
50.	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque lo asustan	0 1 2 3 4
51.	Quedarse con la mente en blanco	0 1 2 3 4
52.	Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en algunas partes de su cuerpo	0 1 2 3 4
53.	Sentir un nudo en la garganta	0 1 2 3 4
54.	Sentirse desesperanzado/a sobre el futuro	0 1 2 3 4
55.	Dificultad para concentrarse	0 1 2 3 4
56.	Debilidad en algunas partes de su cuerpo	0 1 2 3 4
57.	Sentirse tenso/a y con los nervios de punta	0 1 2 3 4
58.	Sensación de pesadez en brazos o piernas	0 1 2 3 4
59.	Pensamientos sobre la muerte o de morir	0 1 2 3 4
60.	Comer en exceso	0 1 2 3 4
61.	Sentirse incómodo/a cuando la gente le mira o habla de usted	0 1 2 3 4
62.	Tener pensamientos que no son suyos	0 1 2 3 4
63.	Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien	0 1 2 3 4
64.	Despertarse muy temprano por la mañana	0 1 2 3 4
65.	Tener que repetir las mismas acciones, por ejemplo, tocar, contar, lavarse	0 1 2 3 4
66.	Dormir de manera inquieta o desvelarse fácilmente	0 1 2 3 4
67.	Tener fuertes deseos de romper o de destrozar cosas	0 1 2 3 4
68.	Tener pensamientos o creencias que otros no comparten	0 1 2 3 4
69.	Sentirse muy tímido/a con los demás	0 1 2 3 4
70.	Sentirse incomodo/a cuando hay mucha gente, como por ejemplo en las tiendas o en el cine	0 1 2 3 4
71.	Sentir que todo le representa un esfuerzo	0 1 2 3 4

72.	Momentos de terror o pánico	0 1 2 3 4
73.	Sentirse incomodo/a al comer o beber en público	0 1 2 3 4
74.	Involucrarse frecuentemente en discusiones	0 1 2 3 4
75.	Sentirse nervioso/a cuando le dejan solo/a	0 1 2 3 4
76.	Pensar que los demás no valoran sus logros	0 1 2 3 4
77.	Sentirse sólo/a, incluso cuando está con gente	0 1 2 3 4
78.	Sentirse tan intranquilo/a que no puede estar quieto/a	0 1 2 3 4
79.	Sentimientos de inutilidad	0 1 2 3 4
80.	La sensación que algo malo le va a ocurrir	0 1 2 3 4
81.	Gritar o tirar cosas	0 1 2 3 4
82.	Sentir miedo de desmayarse en público	0 1 2 3 4
83.	Pensar que la gente se aprovechará de usted si les deja	0 1 2 3 4
84.	Tener pensamientos sexuales que le preocupan mucho	0 1 2 3 4
85.	La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0 1 2 3 4
86.	Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora	0 1 2 3 4
87.	La idea de que algo grave pasa en su cuerpo	0 1 2 3 4
88.	No sentirse nunca cercano/a compenetrado/a con otra persona	0 1 2 3 4
89.	Sentimientos de culpa	0 1 2 3 4
90.	La idea que algo funciona mal en su mente	0 1 2 3 4

**ANEXO II: MATRICES DE CORRELACIONES DEL GRUPO
SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE (GSBA) Y DEL GRUPO DE
CONTROL (GC) CON EL RESTO DE VARIABLES PSICOLÓGICAS**

APARTADO I: MATRICES DE CORRELACIONES DEL GSBA CON VARIABLES
PSICOLÓGICAS

Tabla 35. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y dimensiones emocionales de la personalidad (neuroticismo/extraversión) en el GSBA (N=59).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Extraversión	-.10	-.06
Neuroticismo	.39**	.38**

Tabla 35. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y personalidad.

(* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 36. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y dimensiones cognitivas de la personalidad (afrentamiento) en el GSBA (N=59).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Afrentamiento conductual centrado en el problema	.26*	.26
Afrentamiento cognitivo del problema	.11	-.03
Escape cognitivo	.24	.14
Afrentamiento centrado en las emociones	.20	.12

Tabla 36. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y afrontamiento.

(* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 37. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y Apoyo social en el GSBA (N=59).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Apoyo emocional o informacional	-.12	-.21
Apoyo afectivo	-.18	-.22
Apoyo instrumental	-.17	-.14
Apoyo total	-.16	-.23

Tabla 37. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y apoyo social.

Tabla 38. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y Calidad de Vida en el GSBA (N=59).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Funcionamiento físico	-.13	-.07
Rol físico	-.31*	-.28*
Dolor	-.26	-.15
Salud general	-.36**	-.39**
Vitalidad	-.27*	-.25
Funcionamiento social	-.41**	-.49***
Rol emocional	-.28*	-.34*
Salud mental	-.31*	-.35**
PCS	-.32*	-.27*
MCS	-.37**	-.42**

Tabla 38. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y Calidad de vida. (* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 39. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y Síntomas psicológicos en GSBA (N=59).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Somatización	.33*	.28*
Obsesivo-compulsivo	.41**	.38**
Sensibilidad interpersonal	.52***	.46***
Depresión	.47***	.48***
Ansiedad	.37**	.35**
Hostilidad	.21	.09
Ansiedad fóbica	.27*	.23
Ideación paranoide	.50***	.44**
Psicoticismo	.60***	.57***
Depresión Melancólica	.29*	.25
Índice de Gravedad Global	.53***	.48***
Total síntomas positivos	-.52***	-.48***
Índice Malestar síntomas positivos	.34**	.29*

Tabla 39. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y Síntomas psicológicos. (* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 40. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y dimensiones cognitivas de la personalidad (afrentamiento) en GSBA (N=59).

	Extraversión	Neuroticismo
Afrentamiento conductual centrado en el problema	.13	-.02
Afrentamiento cognitivo del problema	.20	-.22
Escape cognitivo	-.08	.09
Afrentamiento centrado en las emociones	.09	.02

Tabla 40. Análisis correlacionales entre Personalidad y Afrentamiento.

Tabla 41. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y Apoyo social en GSBA (N=59).

	Extraversión	Neuroticismo
Apoyo emocional o informacional	.23	-.35**
Apoyo afectivo	.31*	-.30*
Apoyo instrumental	.20	-.26*
Apoyo total	.27*	-.36**

Tabla 41. Análisis correlacionales entre Personalidad y Apoyo social. (* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 42. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y Calidad de Vida en GSBA (N=59).

	Extraversión	Neuroticismo
Funcionamiento físico	.19	-.32*
Rol físico	.35**	-.33*
Dolor	.30*	-.40**
Salud general	.25	-.46***
Vitalidad	.36**	-.55***
Funcionamiento social	.17	-.35**
Rol emocional	.10	-.29*
Salud mental	.33*	-.50***
PCS	.35**	-.44***
MCS	.25	-.48***

Tabla 42. Análisis correlacionales entre Personalidad y Calidad de Vida.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 43. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y Síntomas psicológicos en GSBA (N=59).

	Extraversión	Neuroticismo
Somatización	-.24	.33*
Obsesivo-compulsivo	-.33*	.51***
Sensibilidad interpersonal	-.22	.60***
Depresión	-.40**	.62***
Ansiedad	-.29*	.53***
Hostilidad	-.08	.42**
Ansiedad fóbica	-.37**	.23
Ideación paranoide	-.20	.45***
Psicoticismo	-.25	.54***
Depresión Melancólica	-.48***	.28*
Índice de Gravedad Global	-.40**	.61***
Total síntomas positivos	.35**	-.67***
Índice Malestar síntomas positivos	-.36**	.33*

Tabla 43. Análisis correlacionales entre Personalidad y Síntomas psicológicos.
(* = p < .05; ** = p .01 y *** = p <.001).

Tabla 44. Análisis correlacionales entre Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento) y Apoyo social en GSBA (N =59).

	Afr. conductual problema	Afr. cognitivo problema	Escape Cognitivo	Afrontamiento Emociones
Apoyo emocional o informacional	.40**	.26*	-.10	.41**
Apoyo afectivo	.36**	.33*	-.13	.33*
Apoyo instrumental	.23	.10	-.32*	-.01
Apoyo total	.40**	.28*	-.17	.35**

Tabla 44. Análisis correlacionales entre Afrontamiento y Apoyo social. (* = p < .05; ** = p .01 y *** = p <.001).

Tabla 45. Análisis correlacionales entre Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento) y Calidad de Vida en GSBA (N=59).

	Afr. conductual problema	Afr. cognitivo problema	Escape Cognitivo	Afr. Emociones
Funcionamiento físico	.24	.26	-.04	.06
Rol físico	.15	.29*	.05	-.09
Dolor	.20	.17	-.21	-.17
Salud general	.16	.33*	.07	-.03
Vitalidad	.16	.34**	-.16	-.06
Funcionamiento social	.10	.27*	-.13	-.13
Rol emocional	.03	.20	.11	-.03
Salud mental	.14	.44***	-.11	-.01
PCS	.22	.32*	-.02	-.07
MCS	.11	.35**	-.04	-.06

Tabla 45. Análisis correlacionales entre Afrontamiento y Calidad de Vida.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 46. Análisis correlacionales entre Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento) y Síntomas psicológicos en GSBA (N=59).

	Afr. conductual problema	Afr. cognitivo problema	Escape Cognitivo	Afr. Emociones
Somatización	.09	-.02	.17	.16
Obsesivo-compulsivo	.11	-.06	.27*	.20
Sensibilidad interpersonal	-.07	-.05	.16	-.02
Depresión	-.12	-.27*	.21	.07
Ansiedad	.08	-.20	.09	.13
Hostilidad	.06	.00	.08	.06
Ansiedad fóbica	-.07	-.22	.19	.07
Ideación paranoide	-.03	.09	.25	.00
Psicoticismo	.04	.01	.08	.16
Depresión Melancólica	-.09	-.25	.16	.06
Índice de Gravedad Global	-.00	-.16	.23	.13
Total síntomas positivos	-.06	.12	-.21	-.18
Índice Malestar síntomas positivos	-.12	-.17	.21	.11

Tabla 46. Análisis correlacionales entre Afrontamiento y Síntomas psicológicos.
 (* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 47. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Calidad de vida en GSBA (N=59).

	Apoyo emocional o informacional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental	Apoyo total
Funcionamiento físico	.43**	.43**	.11	.42**
Rol físico	.22	.21	.13	.22
Dolor	.23	.24	.24	.27*
Salud general	.39**	.42**	.32*	.44**
Vitalidad	.45***	.42**	.27*	.46***
Funcionamiento social	.42**	.33*	.33*	.43**
Rol emocional	.41**	.40**	.11	.39**
Salud mental	.51***	.49***	.39**	.54***
PCS	.37**	.37**	.22	.39**
MCS	.53***	.49***	.29*	.53***

Tabla 47. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Calidad de vida.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 48. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Síntomas psicológicos en GSBA (N=59).

	Apoyo emocional o informacional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental	Apoyo total
Somatización	-.30*	-.27*	-.22	-.31*
Obsesivo-compulsivo	-.26*	-.20	-.25	-.27*
Sensibilidad interpersonal	-.45***	-.41**	-.33*	-.47***
Depresión	-.59***	-.56***	-.40**	-.62***
Ansiedad	-.25	-.25	-.24	-.28*
Hostilidad	-.17	-.08	.13	-.10
Ansiedad fóbica	-.22	-.26*	-.35**	-.28*
Ideación paranoide	-.33*	-.27*	-.35**	-.36**
Psicoticismo	-.45***	-.39**	-.31*	-.46***
Depresión Melancólica	-.37**	-.40**	-.23	-.40**
Índice de Gravedad Global	-.48***	-.44***	-.36**	-.50***
Total síntomas positivos	.37**	.34**	.34**	.40**
Índice Malestar síntomas positivos	-.45***	-.41**	-.24	-.45***

Tabla 48. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Síntomas psicológicos.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 49. Análisis correlacionales entre Calidad de vida y Síntomas psicológicos en GSBA (N=59).

	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor	Salud General	Vitalidad	Funcionamiento Social	Rol Emocional	Salud Mental	PCS	MCS
Somatización	-.44**	-.38**	-.64***	-.49***	-.49***	-.30*	-.28*	-.40**	-.57***	-.42**
Obsesivo-compulsivo	-.31*	-.49***	-.47***	-.36**	-.52***	-.46***	-.35**	-.44***	-.51***	-.51***
Sensibilidad interpersonal	-.24	-.25	-.30*	-.39**	-.46***	-.33*	-.35**	-.47***	-.35**	-.47***
Depresión	-.44**	-.52***	-.54***	-.64***	-.75***	-.57***	-.50***	-.76***	-.64***	-.74***
Ansiedad	-.28*	-.30*	-.42**	-.52***	-.62***	-.34**	-.32*	-.66***	-.43**	-.55***
Hostilidad	-.32*	-.30*	-.43**	-.29*	-.44***	-.21	-.25	-.23	-.40**	-.33*
Ansiedad fóbica	.04	-.13	-.16	-.18	-.27*	-.22	-.12	-.42**	-.13	-.28*
Ideación paranoide	-.07	-.22	-.39**	-.30*	-.32*	-.34**	-.29*	-.35**	-.28*	-.38**
Psicoticismo	-.17	-.31*	-.32*	-.51***	-.46***	-.43**	-.45***	-.52***	-.38**	-.55***
Depresión Melancólica	-.21	-.40**	-.50***	-.41**	-.51***	-.40**	-.42**	-.50***	-.46***	-.54***
Índice de Gravedad Global	-.39**	-.49***	-.61***	-.59***	-.70***	-.51***	-.46***	-.67***	-.61***	-.68***
Total síntomas positivos	-.36**	-.51***	-.58***	-.56***	-.58***	-.48***	-.43**	-.55***	-.60***	-.60***
Índice Malestar síntomas positivos	-.33**	-.34**	-.50***	-.41**	-.71***	-.43**	-.41***	-.65***	-.47***	-.63***

Tabla 49. Análisis correlacionales entre Calidad de vida y Síntomas psicológicos en GSBA (N=59). Se han utilizado abreviaturas: PCS= Salud Física General y MCS= Salud Mental General. (* = p < .05; ** = p < .01 y *** = p < .001).

APARTADO II: MATRICES DE CORRELACIONES DEL GC CON VARIABLES
PSICOLÓGICAS

Tabla 50. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y dimensiones emocionales de la personalidad (neuroticismo/extraversión) en el GC (N=85).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Extraversión	-.20	-.24*
Neuroticismo	.23*	.27*

Tabla 50. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y personalidad.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 51. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y dimensiones cognitivas de la personalidad (afrontamiento) en el GC (N=85).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Afrontamiento conductual centrado en el problema	-.06	-.09
Afrontamiento cognitivo del problema	.05	-.01
Escape cognitivo	.11	.11
Afrontamiento centrado en las emociones	-.06	-.05

Tabla 51. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y afrontamiento.

Tabla 52. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y Apoyo social en el GC (N=85).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Apoyo emocional o informacional	-.25*	-.22*
Apoyo afectivo	-.31**	-.27*
Apoyo instrumental	-.34**	-.34**
Apoyo total	-.31**	-.28**

Tabla 52. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y apoyo social.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 53. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y Calidad de Vida en el GC (N=85).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Funcionamiento físico	-.08	-.07
Rol físico	-.06	-.08
Dolor	-.26*	-.24*
Salud general	-.22*	-.20
Vitalidad	-.28*	-.30**
Funcionamiento social	-.17	-.19
Rol emocional	-.21	-.23*
Salud mental	-.30**	-.33**
PCS	-.16	-.16
MCS	-.35**	-.38***

Tabla 53. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y Calidad de vida. (* = $p < .05$; ** = $p .01$ y * = $p < .001$).**

Tabla 54. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes (volumen/impacto) y Síntomas psicológicos en GC (N=85).

	SV_VOLUMEN	SV_IMPACTO
Somatización	.59***	.56***
Obsesivo-compulsivo	.50***	.49***
Sensibilidad interpersonal	.46***	.49***
Depresión	.54***	.55***
Ansiedad	.45***	.48***
Hostilidad	.22*	.19
Ansiedad fóbica	.28**	.32**
Ideación paranoide	.40***	.35**
Psicoticismo	.47***	.47***
Depresión Melancólica	.37**	.35**
Índice de Gravedad Global	.57***	.57***
Total síntomas positivos	.49***	.49***
Índice Malestar síntomas positivos	.34**	.33**

Tabla 54. Análisis correlacionales entre Acontecimientos vitales estresantes y Síntomas psicológicos.
 (* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 55. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y dimensiones cognitivas de la personalidad (afrentamiento) en GC (N=85).

	Extraversión	Neuroticismo
Afrentamiento conductual centrado en el problema	.08	-.16
Afrentamiento cognitivo del problema	.08	-.20
Escape cognitivo	.15	.26*
Afrentamiento centrado en las emociones	.22*	.06

Tabla 55. Análisis correlacionales entre Personalidad y Afrentamiento. (* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 56. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y Apoyo social en GC (N=85).

	Extraversión	Neuroticismo
Apoyo emocional o informacional	.15	-.15
Apoyo afectivo	.22*	-.26*
Apoyo instrumental	.05	-.22*
Apoyo total	.16	-.21

Tabla 56. Análisis correlacionales entre Personalidad y Apoyo social. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 57. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y Calidad de Vida en GC (N=85).

	Extraversión	Neuroticismo
Funcionamiento físico	.07	-.33**
Rol físico	-.01	-.17
Dolor	.04	-.36**
Salud general	.00	-.34**
Vitalidad	.22*	-.43***
Funcionamiento social	.15	-.34**
Rol emocional	-.04	-.26*
Salud mental	.23*	-.62***
PCS	.02	-.32**
MCS	.19	-.59***

Tabla 57. Análisis correlacionales entre Personalidad y Calidad de Vida. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 58. Análisis correlacionales entre dimensiones emocionales de la personalidad (Neuroticismo/extraversión) y Síntomas psicológicos en GC (N=85).

	Extraversión	Neuroticismo
Somatización	-.05	.46^{***}
Obsesivo-compulsivo	-.11	.47^{***}
Sensibilidad interpersonal	-.14	.38^{***}
Depresión	-.21[*]	.54^{***}
Ansiedad	-.16	.49^{***}
Hostilidad	.03	.26[*]
Ansiedad fóbica	-.11	.25[*]
Ideación paranoide	-.20	.22[*]
Psicoticismo	-.20	.34^{**}
Depresión Melancólica	-.19	.40^{***}
Índice de Gravedad Global	-.17	.52^{***}
Total síntomas positivos	-.18	.46^{***}
Índice Malestar síntomas positivos	-.07	.27[*]

Tabla 58. Análisis correlacionales entre Personalidad y Síntomas psicológicos.
(* = p < .05; ** = p .01 y *** = p <.001).

Tabla 59. Análisis correlacionales entre Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento) y Apoyo social en GC(N=85).

	Afr. conductual problema	Afr. cognitivo problema	Escape Cognitivo	Afrontamiento Emociones
Apoyo emocional o informacional	.08	.02	-.06	.18
Apoyo afectivo	.10	.04	-.14	.11
Apoyo instrumental	-.12	-.16	-.24[*]	.17
Apoyo total	.05	-.02	-.13	.18

Tabla 59. Análisis correlacionales entre Afrontamiento y Apoyo social. (* = p < .05; ** = p .01 y *** = p <.001)

Tabla 60. Análisis correlacionales entre Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento) y Calidad de Vida en GC (N=85).

	Afr. conductual problema	Afr. cognitivo problema	Escape Cognitivo	Afr. Emociones
Funcionamiento físico	.15	.18	-.18	.07
Rol físico	.16	.22*	-.09	.13
Dolor	.12	.10	-.14	.04
Salud general	.10	.16	-.07	.11
Vitalidad	.35**	.27*	-.05	.15
Funcionamiento social	.23*	.28**	-.05	.15
Rol emocional	-.04	.01	-.10	.09
Salud mental	.10	.15	-.22*	-.06
PCS	.16	.19	-.13	.10
MCS	.22*	.25*	-.15	.12

Tabla 60. Análisis correlacionales entre Afrontamiento y Calidad de Vida.
 (* = p < .05; ** = p .01 y *** = p <.001).

Tabla 61. Análisis correlacionales entre Dimensiones cognitivas de la personalidad (Afrontamiento) y Síntomas psicológicos en GC (N=85).

	Afr. conductual problema	Afr. cognitivo problema	Escape Cognitivo	Afr. Emociones
Somatización	-.04	.04	.22*	.03
Obsesivo-compulsivo	.08	.11	.30**	.03
Sensibilidad interpersonal	-.15	-.12	.20	.09
Depresión	-.17	-.17	.33**	-.16
Ansiedad	.09	.09	.31**	.13
Hostilidad	.24*	.33**	.47***	.26*
Ansiedad fóbica	-.07	-.05	.15	-.10
Ideación paranoide	.04	.15	.36**	.07
Psicoticismo	-.12	-.08	.27*	-.02
Depresión Melancólica	.13	.12	.36**	-.03
Índice de Gravedad Global	-.02	.02	.36**	.01
Total síntomas positivos	-.05	.02	.35**	-.02
Índice Malestar síntomas positivos	.05	.06	.20	.07

Tabla 61. Análisis correlacionales entre Afrontamiento y Síntomas psicológicos.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 62. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Calidad de vida en GC (N=85).

	Apoyo emocional o informacional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental	Apoyo total
Funcionamiento físico	.05	.16	.06	.08
Rol físico	-.01	.11	-.01	.01
Dolor	.07	.21	.06	.11
Salud general	.23*	.31**	.19	.26*
Vitalidad	.08	.19	.09	.12
Funcionamiento social	.06	.19	-.05	.07
Rol emocional	.14	-.03	.36**	.17
Salud mental	.16	.26*	.19	.21
PCS	.08	.21	.07	.11
MCS	.16	.21	.23*	.21

Tabla 62. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Calidad de vida.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 63. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Síntomas psicológicos en GC (N=85).

	Apoyo emocional o informacional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental	Apoyo total
Somatización	-.32**	-.39***	-.37**	-.38***
Obsesivo-compulsivo	-.28*	-.34**	-.49***	-.37**
Sensibilidad interpersonal	-.23*	-.35**	-.24*	-.29**
Depresión	-.33**	-.38***	-.47***	-.41***
Ansiedad	-.14	-.23*	-.42***	-.24*
Hostilidad	-.10	-.19	-.43***	-.21
Ansiedad fóbica	-.26*	-.19	-.27*	-.28*
Ideación paranoide	-.23*	-.36**	-.31**	-.31**
Psicoticismo	-.21	-.40***	-.31**	-.30**
Depresión Melancólica	-.17	-.25*	-.47***	-.28**
Índice de Gravedad Global	-.30**	-.40***	-.49***	-.40***
Total síntomas positivos	-.36**	-.43***	-.37**	-.42***
Índice Malestar síntomas positivos	-.06	-.06	-.32**	-.13

Tabla 63. Análisis correlacionales entre Apoyo social y Síntomas psicológicos.

(* = $p < .05$; ** = $p .01$ y *** = $p < .001$).

Tabla 64. Análisis correlacionales entre Calidad de vida y Síntomas psicológicos en GC (N=85).

	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor	Salud General	Vitalidad	Funcionamiento Social	Rol Emocional	Salud Mental	PCS	MCS
Somatización	-.35**	-.31**	-.55***	-.38***	-.41***	-.44***	-.24*	-.35**	-.44***	-.51***
Obsesivo-compulsivo	-.23*	-.13	-.31**	.26*	-.16	-.29**	-.48***	-.41***	-.25*	-.49***
Sensibilidad interpersonal	-.32**	-.27*	-.35**	-.26*	-.33**	-.40***	-.18	-.49***	-.34**	-.50***
Depresión	-.36**	-.25*	-.41***	-.34**	-.49***	-.43***	-.47***	-.61***	-.37**	-.72***
Ansiedad	-.29**	-.23*	-.35**	-.21	-.33**	-.29**	-.35**	-.53***	-.31**	-.54***
Hostilidad	-.16	-.07	-.16	-.01	.05	.00	-.10	-.32**	-.11	-.13
Ansiedad fóbica	-.32**	-.24*	-.24*	-.17	-.13	-.27*	-.41***	-.23*	-.26*	-.38**
Ideación paranoide	-.16	.06	-.18	-.05	-.16	-.12	-.07	-.33**	-.12	-.24*
Psicoticismo	-.39***	-.33**	-.38***	-.23*	-.32**	-.35**	.01	-.33**	-.38***	-.34**
Depresión Melancólica	-.19	-.05	-.29**	-.21	-.18	-.22*	-.47**	-.53***	-.19	-.51***
Índice de Gravedad Global	-.35**	-.25*	-.45***	-.31**	-.37**	-.40***	-.39***	-.55***	-.38***	-.61***
Total síntomas positivos	-.38***	-.28*	-.42***	-.29**	-.33**	-.37**	-.27*	-.46***	-.38***	-.51***
Índice Malestar síntomas positivos	-.12	.08	-.19	-.12	-.14	-.18	-.38***	-.37**	-.14	-.39***

Tabla 64. Análisis correlacionales entre Calidad de Vida y Síntomas psicológicos. Se han utilizado abreviaturas: PCS= Salud Física General y MCS= Salud Mental General. (* = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$).

ANEXO III: ANÁLISIS DE MEDIACIÓN (TABLAS)

APARTADO I: ANÁLISIS DE MEDIACIÓN ENTRE EL VOLUMEN DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y SALUD FÍSICA/MENTAL

Tabla 65. Relaciones de mediación entre el Volumen de estresores y la Salud física.

	W5			W9		
	Coefic.	te	p	Coefic.	te	p
Volumen de estresores	.382	.174	.032	.580	.150	.000
Constante	10.035	2.197	.000	-3.049	1.896	.113
	R ² =.078; F(1,57)=4.846; p=.032			R ² =.208; F(1,57)=14.998; p=.000		
COPE1						
Volumen de estresores	.337	.166	.047			
Constante	23.559	2.099	.000			
	R ² =.068; F(1,57)=4.135; p=.047					

Nota: W5=Cambios en las actividades sociales; W9=Respuesta de expresión de sentimientos negativos; COPE1=Afrontamiento conductual centrado en el problema.

	PCS		
Volumen estresores	-1.388	.942	.147
W5	-2.148	.589	.001
W9	-.592	.688	.393
COPE1	1.015	.642	.120
Constante	78.821	19.592	.000
	R ² =.367; F(4,54)=7.836; p=.000		

Nota: W5 = Cambios en las actividades sociales; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; COPE1 = Afrontamiento conductual centrado en el problema; PCS = SF-36 Puntuación general en salud física.

Tabla 66. Relaciones de mediación entre el Volumen de estresores y la Salud mental.

	W5			W9		
	Coefic.	te	p	Coefic.	te	p
X(Volumen)	.382	.174	.032	.580	.150	.000
Constante	10.035	2.197	.000	-3.049	1.896	.113
	R ² =.078; F(1,57)=4.846; p=.032			R ² =.208; F(1,57)=14.998; p=.000		
COPE1						
X(Volumen)	.337	.166	.047			
Constante	23.559	2.099	.000			
	R ² =.068; F(1,57)=4.135; p=.047					

Nota: W5 = Cambios en las actividades sociales; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; COPE1 = Afrontamiento conductual centrado en el problema.

	SCL-IGG		
Volumen estresores	.047	.017	.007
W5	.044	.010	.000
W9	.012	.012	.328
COPE1	-.000	.011	.971
Constante	-.277	.346	.427
	R ² =.481; F(4,54)=12.526; p=.000		

Nota: W5 = Cambios en las actividades sociales; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; COPE1 = Afrontamiento conductual centrado en el problema; SCL-IGG: SCL-90 Índice Gravedad Global.

APARTADO II: ANÁLISIS DE MEDIACIÓN ENTRE PERSONALIDAD (EXTRAVERSIÓN Y NEUROTICISMO) Y SALUD FÍSICA/MENTAL.

Tabla 67. Relaciones de mediación entre Extraversión y Salud física.

	W3			W4		
	Coefic.	te	p	Coefic.	te	p
Extraversión	-.493	.171	.006	-.578	.223	.012
Constante	10.090	1.368	.000	13.400	1.783	.000
	R ² =.127; F(1,57)=8.285; p=.006			R ² =.105; F(1,57)=6.711; p=.012		
	W5			W6		
	Coefic.	te	p	Coefic.	te	p
Extraversión	-.404	.193	.041	.182	.085	.038
Constante	17.553	1.542	.000	5.659	.681	.000
	R ² =.071; F(1,57)=4.384; p=.041			R ² =.074; F(1,57)=4.539; p=.038		
	MOS Total					
	Coefic.	te	p			
Extraversión	1.515	.705	.036			
Constante	60.426	5.636	.000			
	R ² =.075; F(1,57)=4.616; p=.036					

Nota: W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; MOS Total = MOS Apoyo Total.

	PCS		
Extraversión	.955	.901	.294
W3	-.248	.910	.786
W4	-.900	.783	.256
W5	-1.019	.885	.255
W6	1.022	1.533	.508
MOS Total	.291	.169	.091
Constante	46.429	21.440	.035
	R ² =.400; F(6,52)=5.788; p=.000		

Nota: W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; MOS Total = MOS Apoyo Total; PCS = SF-36 Puntuación general en salud física.

Tabla 68. Relaciones de mediación entre Extraversión y Salud mental.

	W3			W4		
	Coefic.	te	p	Coefic.	te	p
Extraversión	-.493	.171	.006	-.578	.223	.012
Constante	10.090	1.368	.000	13.400	1.783	.000
	R ² =.127; F(1,57)=8.285; p=.006			R ² =.105; F(1,57)=6.711; p=.012		
	W5			W6		
Extraversión	-.404	.193	.041	.182	.085	.038
Constante	17.553	1.542	.000	5.659	.681	.000
	R ² =.071; F(1,57)=4.384; p=.041			R ² =.074; F(1,57)=4.539; p=.038		
	MOS Total					
Extraversión	1.515	.705	.036			
Constante	60.426	5.636	.000			
	R ² =.075; F(1,57)=4.616; p=.036					

Nota: W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; MOS Total = MOS Apoyo Total.

	SCL-IGG		
Extraversión	-.030	.016	.073
W3	-.010	.016	.546
W4	.008	.014	.587
W5	.039	.016	.019
W6	-.005	.028	.850
MOS Total	-.009	.003	.004
Constante	1.302	.387	.001
	R ² =.486; F(6,52)=8.195; p=.000		

Nota: W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; MOS Total = MOS Apoyo Total; SCL-IGG = SCL-90 Índice Gravedad Global.

Tabla 69. Relaciones de mediación entre Neuroticismo y Salud física.

	W2			W3		
	Coefic.	te	p	Coefic.	te	p
Neuroticismo	.864	.184	.000	.597	.207	.006
Constante	8.650	1.546	.000	1.841	1.734	.293
	R ² =.278; F(1,57)=21.964; p=.000			R ² =.127; F(1,57)=8.318; p=.006		
	W4			W5		
Neuroticismo	.644	.272	.021	.705	.223	.003
Constante	4.1654	2.281	.073	9.085	1.872	.000
	R ² =.090; F(1,57)=5.600; p=.021			R ² =.149; F(1,57)=9.988; p=.003		
	W6			W7		
Neuroticismo	-.275	.101	.008	-.982	.410	.020
Constante	9.135	.844	.000	26.990	3.438	.000
	R ² =.116; F(1,57)=7.484; p=.008			R ² =.091; F(1,57)=5.732; p=.020		
	W9			MOS-Total		
Neuroticismo	.716	.204	.001	-2.410	.827	.005
Constante	-1.694	1.714	.327	90.329	6.934	.000
	R ² =.177; F(1,57)=12.273; p=.001			R ² =.130; F(1,57)=8.492; p=.005		

Nota: W2 = Malestar general durante la semana anterior; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; W7 = Respuestas distractoras; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; MOS Total = MOS Apoyo Total.

Continuación tabla 69

	PCS		
Neuroticismo	-1.002	1.253	.428
W2	-1.354	.902	.140
W3	.056	.924	.952
W4	-1.232	.776	.119
W5	-.333	.944	.726
W6	.222	1.596	.890
W7	-.099	.444	.824
W9	-.703	.788	.377
MOS Total	.192	.203	.349
Constante	90.506	26.763	.001
$R^2=.450;$ $F(9,49)=4.456; p=.000$			

Nota: N = Neuroticismo; W2 = Malestar general durante la semana anterior; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; W7 = Respuestas distractoras; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; MOS Total = MOS Apoyo Total; PCS = SF-36 Puntuación general en salud física.

Tabla 70. Relaciones de mediación entre Neuroticismo y Salud mental.

	W2			W3		
	Coefic.	te	p	Coefic.	te	p
Neuroticismo	.864	.184	.000	.597	.207	.006
Constante	8.650	1.546	.000	1.841	1.734	.293
	R ² =.278; F(1,57)=21.964; p=.000			R ² =.127; F(1,57)=8.318; p=.006		
	W4			W5		
Neuroticismo	.644	.272	.021	.705	.223	.003
Constante	4.1654	2.281	.073	9.085	1.872	.000
	R ² =.090; F(1,57)=5.600; p=.021			R ² =.149; F(1,57)=9.988; p=.003		
	W6			W7		
Neuroticismo	-.275	.101	.008	-.982	.410	.020
Constante	9.135	.844	.000	26.990	3.438	.000
	R ² =.116; F(1,57)=7.484; p=.008			R ² =.091; F(1,57)=5.732; p=.020		
	W9			MOS-Total		
Neuroticismo	.716	.204	.001	-2.410	.827	.005
Constante	-1.694	1.714	.327	90.329	6.934	.000
	R ² =.177; F(1,57)=12.273; p=.001			R ² =.130; F(1,57)=8.492; p=.005		

Nota: W2 = Malestar general durante la semana anterior; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; W7 = Respuestas distractoras; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; MOS Total = MOS Apoyo Total.

Continuación tabla 70

	SCL-IGG		
Neuroticismo	.053	.021	.015
W2	.030	.015	.050
W3	-.016	.015	.311
W4	.016	.013	.230
W5	.020	.016	.219
W6	.017	.026	.535
W7	.002	.007	.758
W9	.010	.013	.430
MOS Total	-.007	.003	.054
Constante	.042	.443	.925
	$R^2=.603;$ $F(9,49)=8.266; p=.000$		

Nota: W2 = Malestar general durante la semana anterior; W3 = Cambios en las relaciones personales; W4 = Interferencia del dolor sobre la actividad; W5 = Cambios en las actividades sociales; W6 = Autocontrol percibido; W7 = Respuestas distractoras; W9 = Respuesta de expresión de sentimientos negativos; MOS Total = MOS Apoyo Total; SCL-IGG = SCL-90 Índice Gravedad Global.