



LOCUS DE CONTROL, PERSONALIDAD Y RELIGIOSIDAD EN ADULTOS CON SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO

Personality, religious belief, and locus of control in patients with reflex sympathetic dystrophy

IVÁN MONTES-ITURRIZAGA
Universidad César Vallejo, Perú

KEYWORDS

Personality
Religiosity
Locus of control
Dystrophy
Sudeck's syndrome
RSD

ABSTRACT

Complex regional pain syndrome is a rare autoimmune and degenerative disease; it presents disproportionate painful symptomatology, trophic changes and alternations (sensory and motor). The aim of the present quantitative study is to analyse personality characteristics, religious beliefs and locus of control in 80 patients with this condition. The results indicate that the personality profiles denote a marked impact by the presence of this disease. likewise, it was determined that the internal locus of control and religiosity explain a better coping, state of recovery and favourable expectations regarding the evolution of this disease.

PALABRAS CLAVE

Personalidad
Religiosidad
Locus de control
Distrofia
Síndrome de Sudeck
DSR

RESUMEN

El síndrome de dolor regional complejo es una enfermedad rara autoinmune y degenerativa; presenta una sintomatología dolorosa desproporcionada, cambios tróficos y alternaciones (sensoriales y motoras). El objetivo del presente estudio cuantitativo es analizar las características de personalidad, creencias religiosas y locus de control en 80 pacientes con este padecimiento. Los resultados indican que los perfiles de personalidad denotan un marcado impacto por la presencia de esta enfermedad. asimismo, se determinó que el locus de control interno y la religiosidad explican un mejor afronte, estado de recuperación y expectativas favorables con respecto a su evolución.

Recibido: 18/ 10 / 2022

Aceptado: 26/ 12 / 2022

1. Introducción

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentran registradas poco más de siete mil enfermedades raras o huérfanas (ERH). Sin embargo, estas entidades reciben este denominativo por su escasa incidencia (7% de la población mundial); y en donde se pueden encontrar enfermedades sumamente raras que denotan baja incidencia en cada uno de los países. Del mismo modo, es posible que el apelativo de huérfanas se asocie a la débil preparación de los sistemas de salud para diagnosticar, atender y ofrecer esquemas apropiados de tratamiento. En concepto estas entidades son incurables, autoinmunes y comprometen al sistema nervioso.

Las ERH pueden ser congénitas, genéticas o adquiridas. Tal es así, que buena parte de estos padecimientos se manifiestan desde el nacimiento. Otros, son transmitidos de padres a hijos. Y, por último, están aquellos que se manifiestan en cualquier edad y sin una causa aparente (las adquiridas). A manera de ejemplo tenemos como ERH a la Osteogénesis Imperfecta, la Esclerosis Lateral Amiotrófica, el Síndrome de Guillain-Barré, la Disartria (o Síndrome Neuromuscular Bulbar), la Esclerosis Múltiple, la Fibrosis Quística, el Autismo Hereditario, la Acondroplasia, la Hipertricosis o la Esclerosis Lateral Amiotrófica que padeció el más célebre astrofísico de los últimos tiempos; el profesor Stephen Hawking recientemente fallecido en el 2018. En este panorama, mención especial merece el Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) también conocido como Distrofia Simpático Refleja, Algodistrofia o Síndrome de Sudeck.

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) es una enfermedad rara adquirida y de causa desconocida que sigue a un trauma o lesión -casi siempre- en las extremidades superiores e inferiores. Presenta sintomatología dolorosa desproporcionada (regional) y cerca de 30 alteraciones sensoriales, motoras y cambios tróficos (Lohnberg & Altmaier, 2013; Bruscas et al., 2009). La disfunción motora reduce el rango de movimiento, que, junto al edema, pueden acabar en discapacidad, amputaciones (Midbari et al., 2016) y/o alteraciones de diversa naturaleza. Los primeros casos y registros de esta enfermedad se asocian con la Guerra Civil de los Estados Unidos (1864); y en donde algunos soldados heridos por arma de fuego experimentaron un dolor abrasador que se mantuvo de manera permanente luego de haber sanado sus heridas (Fornos-Vieitez et al., 2008). De esta manera esta nueva enfermedad recibió su primer nombre por parte de W. Mitchell: causalgia. Posteriormente se le ha nombrado de múltiples formas (lo cual es una evidencia de su poca comprensión) como el Síndrome de Sudeck, Algoneurodistrofia, Síndrome hombro - mano, Dolor Simpático Mantenido y el Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC), entre otras (Zanotti, et al., 2016; Lohnberg & Altmaier, 2013). Cabe señalar que aún no se ha descartado la hipótesis genética de esta enfermedad (Bruscas et al., 2004).

Ya en el año 1995 se realizó una convención donde se establecieron consensos sobre esta enfermedad. Se determinó así, por consenso, denominar a esta entidad como Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) conformado por dos tipos. El tipo I se caracteriza por la ausencia de daño nervioso aparente a pesar de haber existido tejido dañado. Y, el tipo II donde existe un comprobado daño nervioso. De todos modos, ambos tipos o subclases comparten la misma sintomatología (Burns, 2004; Cuenca et al., 2012). Ahora bien, y si bien se desconocen las causas de esta enfermedad, existen diversas hipótesis formuladas a partir de estudios empíricos. Así, en este contexto, algunos investigadores sostienen que, probablemente, existan factores genéticos asociados a su aparición (Bruscas et al., 2004). Otros, y sin negar lo anterior, afirman que algunas características de personalidad (Lynch, 1992), el sufrimiento psicológico constante y el estrés podrían predisponer a las personas a enfermar con el SDRC. Sin embargo, y esta diversidad, existe un amplio consenso en señalar que un traumatismo, lesión o daño en los tejidos constituye el evento detonante (Pons et al., 2015). En este sentido, esta complejidad también se reflejaría en la incompreensión de esta rara enfermedad por parte de los profesionales de la salud (Lohnberg y Altmaier, 2013).

Cabe señalar que, en el SDRC, como en gran parte de las enfermedades raras, los pacientes como sus familias atraviesan por una serie de estados como la depresión, la profunda tristeza, la desesperanza, el miedo a la muerte y/o el sufrimiento constante. Por esta razón, y desde el punto de vista social, este cuadro es frecuentemente asociado con el desempleo, los problemas económicos asociados a los gastos de diagnóstico o tratamientos y al aislamiento. De ahí que, y desde el punto de vista científico, estamos ante un objeto de estudio de corte multidisciplinar; y en donde los estudios psicológicos acerca de los impactos de la enfermedad y el afronte de la misma serían minoritarios. Esto en virtud a que se esperaría -lo cual sería comprensible- que un paciente de esta naturaleza no esté siempre en franca disposición para responder a uno o más tests. Esto último, es una constante en el estudio psicológico de las ERH y por este motivo los estudios más frecuentes son de corte epidemiológico, de características clínicas y de casos; indagaciones que tienen como aproximación metodológica la revisión sistemática de historias clínicas.

En alusión a lo último mencionado vemos que la psicología de la salud y las ciencias del comportamiento humano han puesto de manifiesto el aporte de los recursos psicológicos con los cuales las personas encarar una enfermedad crónica como el cáncer, la diabetes y las ERH. En este marco, es importante mencionar que las entidades de esta naturaleza (las enfermedades crónicas) constituyen condiciones de progresión lenta que, en un porcentaje significativo, desembocan en la muerte de los pacientes o en su incapacidad. Así, todo esto deviene en

preocupaciones, tensiones, desesperanza, depresión y ansiedad que afectan tanto a los pacientes como a su núcleo familiar. Estos impactos se hacen mucho más negativos en situaciones de vulnerabilidad, pobreza, marginalidad, el abandono y la inmigración forzada.

Sin embargo, los estudios revelan que la manera en que las personas asumen o representan sus cuadros de salud estarían asociados a mejores pronósticos o, al menos, a una calidad de vida mayor (Contreras et al., 2007; Zdanowicz et al. 2004; Holt et al., 2009). En este sentido, si un paciente piensa que, en cuanto a su enfermedad, ya no hay nada que hacer es probable que no se esfuerce por mejorar o retardar los estragos de su cuadro. En otras palabras, estos pacientes harán muy poco por ellos mismos a tal punto de acelerar (sin que se lo hayan propuesto conscientemente) el proceso de deterioro. Estas personas, en estricto, evidenciarían un locus de control externo; y en donde desde un punto de vista cognitivo estimarían que, tanto la salud como la enfermedad, no dependen de lo que pueda hacer (*las circunstancias domina nuestras vidas de manera relevante*). En cambio, se ha encontrado que las personas con determinadas características de personalidad (optimistas, realistas y resilientes) se esforzarían ante un diagnóstico desfavorable por adherirse fielmente a los tratamientos, mejorarían sus estilos de vida y pretenderían apelar a todas las condiciones posibles que pudieran impactar favorablemente en su salud. A esto último se le conoce como locus de control interno; proceso por el cual percibimos que tenemos un elevado grado de control de las causas de lo que nos acontece o de nuestras vidas. Estos dos procesos forman parte del andamiaje propuesto inicialmente por la teoría del aprendizaje social de Rotter (Visdómine-Lozano et al., 2006) y se vinculan con otros constructos tales como los estilos atribucionales y la autoeficacia.

También, jugarían un papel importante en el afronte de la enfermedad, las características, los rasgos o los perfiles de personalidad. De esta manera, determinados recursos psicológicos estarían impactando favorablemente en mejores pronósticos (Sánchez et al. 2014). Por ejemplo, condiciones como el optimismo, el entusiasmo, la flexibilidad, la adaptación, la paciencia o la autoestima son en buena parte las que permiten entender la manera en que enfrentamos los eventos tanto positivos como los negativos. En consecuencia, se esperaría que una persona con un locus de control interno y cualidades predominantemente saludables en cuanto a su personalidad, estarían más protegidos para enfrentar lo adverso (Azzollini & Bail, 2010).

Adicionalmente, podríamos afirmar que la personalidad impactada negativamente por una enfermedad (como es comprensible) pueda distinguirse por un locus de control interno; el mismo que permitiría predecir comportamientos mucho más ajustados y favorecedores de bienestar (Jiménez, 2015). Cabe advertir, que el locus de control interno no debe confundirse con la ilusión de control; que más bien nos remite a situaciones donde las personas creen que en el futuro tendrán el control por el hecho de haber tenido el poder de manejar situaciones del pasado de manera exitosa (García et al. 2020).

Por otro lado, y en el marco de la psicología de la salud, existen otras variables que estarían imprimiendo un afronte y control mucho más óptimo de los procesos de enfermedad. Uno de estos objetos se identifica con la religiosidad, las creencias religiosas y el bienestar espiritual; que explicaría mejores formas de encarar la enfermedad, la muerte y la propia incapacidad (Becker et al., 2006; Shaygan et al., 2019; Holt et al., 2009). Además, y dado que existe un amplio abanico de creencias, el sentido del afronte no necesariamente es favorecedor de estados psicológicos más saludables pues dependerá de la religión y la fuerza vincular a la misma. Esto, en estricto, significa que existen creencias religiosas más favorecedoras de la supervivencia que otras (Villalba et al. 2012). Esto último se evidencia en adultos mayores con enfermedades crónicas tienden a ser más espirituales y religiosos (Quiceno, 2011; De Armas-Valdes, 2004).

Adicionalmente, cabe anotar, que la religiosidad tendría un papel importante para asumir formas diversas para estructurar o bosquejar un sentido a su vida, el manejar la muerte de una persona cercana (o la suya propia en caso sea inminente) y otorgar significados a la enfermedad misma (Araújo et al., 2007; Delgado et al., 2007). Por esta razón, los estudios empíricos muestran de manera consistente que, ante los trances complicados de la existencia humana, como el recibir un diagnóstico y el proceso de una enfermedad crónica, las creencias, las prácticas y el afrontamiento espiritual o religioso permiten contrarrestar las emociones negativas, los síntomas físicos y mejorar la calidad de vida (Quiceno, 2011). Lamentablemente, sigue siendo un pendiente el suscitar en los profesionales de las ciencias de la salud y las ciencias sociales el dotar de una mejor comprensión del papel de las creencias religiosas en la salud mental.

De manera específica, y en proyección al campo de las enfermedades crónicas no transmisibles, los estudios han tenido -como es lógico esperar- especial predilección por las enfermedades crónicas más comunes (mayor prevalencia) como la enfermedad cardiovascular, la insuficiencia renal (Contreras et al., 2007) la diabetes tipo II, el cáncer, la obesidad (Huerta, 2022) y la esclerosis múltiple (De Armas-Valdes, 2004), entre otras (Alcayaga & Leiva, 2015).

Ya en el caso de los estudios psicológicos en pacientes con el SDRC tenemos una serie de inconvenientes asociadas a la dificultad de conseguir voluntarios que opten por responder a uno o más test que interrogan sobre sus estados de ánimo, reacciones, rasgos o temores (Puchalski et al., 2005). Por esta razón, y sumado a la baja prevalencia de este cuadro, los estudios son escasos.

En este panorama (los estudios psicológicos) merecen destacarse una serie de revisiones sistemáticas de la

literatura acerca de los aspectos psicológicos en pacientes con el SDRC. Tenemos así a Lynch (1992) quien publicó un revelador estudio donde analiza las evidencias científicas (29 artículos) en cuanto a los aspectos conductuales y emocionales en pacientes diagnosticados con esta entidad. Él concluye que en todos los estudios se pone de manifiesto los impactos psicológicos del SDRC en términos de profundos cambios conductuales y emocionales (Bruscas et al., 2001). Sin embargo, en lo que respecta a las causas o predisposiciones psicológicas, no existirían evidencias suficientes para afirmarlas.

Importante es advertir de la imposibilidad de conocer los aspectos etiológicos de índole psicológico dado que no se cuenta con mediciones de la personalidad meses o años antes de adquirir esta enfermedad. Al respecto, se cuenta con unos pocos estudios en soldados heridos en combate en donde se contaban con información psicológica y psiquiátrica previos a enfermarse contenida en sus historias clínicas. Quizá, la investigación más reveladora es la de Mayfield et al. (1945) y en donde de 120 combatientes con el SDRC 15 contaban con una ficha psiquiátrica que los describía como individuos normales y con una personalidad estable. Esto los llevó a concluir que los grandes cambios registrados en la personalidad de estos pacientes solamente constituyen consecuencias de su estado; y que no existe evidencia de una predisposición psíquica a contraerla.

El reporte de Lynch (1992) muestra que solo 3 estudios apelaron a estrategias psicométricas; las mismas que tienen el inconveniente de demandar más tiempo de los sujetos respondientes a diferencia de las entrevistas clínicas que se han realizado en estudios previos desde la psiquiatría. De otro lado, tenemos que considerar que los pacientes con el SDRC experimentan un elevado dolor que podría elevar de manera anormal una serie de escalas en los test de personalidad como el MMPI (Merskey, 1987). Por este motivo, se considera de vital importancia el gestar -con autenticidad- una adecuada motivación a responder de buena manera este tipo de instrumentos. No obstante, la tasa de no aceptación en estas investigaciones reporta bordean el 15% en muestras previamente identificadas (Dilek et al., 2011).

Feldman et al. (1999) realizaron un estudio en 109 pacientes (Estados Unidos) con el diagnóstico de DSR quienes respondieron a una serie de instrumentos durante 28 días consecutivos (*check list* del estado de ánimo compuesto por 27 estados). Se encontró que el estado de ánimo negativo del día presente estaba explicado por este mismo estado en el día anterior. Asimismo, el estado de ánimo negativo estaría asociado con la depresión, la ansiedad y la ira. Se reportó, también, que el estado de ánimo negativo experimentado en el día previo no explica el dolor en el día presente. Lo que si la depresión del día previo si estuvo relacionado con el dolor en el día presente; no reportándose esta evidencia en lo que respecta a la ansiedad o la ira. Por tanto, solo la depresión (del día previo) predice el dolor en el tiempo presente. Por último, se encontró que el soporte social en el día previo predice menores niveles de mal humor y dolor en el día presente.

El Polonia, Puchalski et al. (2005) estudiaron a 62 pacientes con el SDRC tipo I que sufrieron fractura del radio distal y quienes fueron evaluados (al día siguiente de la operación) a la luz de pruebas de personalidad (EPQ-R) y depresión (Beck Depression Inventory). A los dos meses 50 de estos pacientes fueron reevaluados y se encontró a 9 (18%) con síntomas de la enfermedad. Los estudios comparativos encontraron la no existencia de diferencias estadística significativas en cuanto a los aspectos evaluados entre estos dos subgrupos (SDRC y no SDRC).

También, se habla de una elevada predisposición al suicidio (ideación suicida) en pacientes que padecen el SDRC (Do-Hyeong et al., 2014). Por su parte Dilek et al., (2011) encontraron (n=50) que los pacientes con personalidad ansiosa rasgo medida con el STAI II tienen un alto riesgo de padecer esta enfermedad en su tipo I. Se encontró, además, que estos pacientes no diferían de los otros con la misma lesión inicial (fractura de radio) y que no desarrollaron el SDRC.

Por último, en la revisión realizada por Lohnberg & Altmaier (2013) se halló que esta enfermedad estaba asociada a situaciones de ansiedad, depresión, cesantía y reducción en la calidad de vida; pero como consecuencia.

2. Objetivos

Este estudio pretende caracterizar y relacionar el locus de control, los rasgos de personalidad y religiosidad en una muestra de pacientes adultos que padecen el Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) del ámbito iberoamericano.

3. Metodología

Para alcanzar el objetivo planteado se desplegó una investigación bajo una aproximación cuantitativa de carácter observacional (no experimental). En esta línea se optó por un diseño de corte descriptivo comparativo y correlacional.

3.1. Muestra

Dada las características de la población en estudio (personas adultas diagnosticadas con el SDRC) se optó por trabajar con voluntarios (y bajo consentimiento informado) pertenecientes a los diversos colectivos que agrupan a estos pacientes de 7 países de América Latina y España. En este contexto, se consideró solo a mayores de edad (18 años) y, por ende, se explicitó esto como una de las condiciones para responder al cuestionario suministrado

a través de Formularios de Google ®. Sin embargo, de las 85 personas llegaron a responder los instrumentos descartamos a 5 que no cumplieron con el criterio de la mayoría de edad. Finalmente, del total de sujetos de la muestra 71 corresponderían – según sus respuestas – al SDRC tipo I y 9 al tipo II.

En la Tabla 1 podemos apreciar la distribución de la muestra según sus principales características personales, sociales y demográficas. En primer término, se destaca que, en cuanto a sexo, la muestra se corresponde a la prevalencia predominantemente femenina de esta enfermedad (de alrededor el 90%). El grupo etario más representado en el estudio fue el de 21 a 40 años (38,8%). También, es significativo mencionar que el formulario fue respondido mayormente por personas con secundaria completa en adelante (solo un 8,8% señaló contar con estudios primarios o elementales). Esto último, es comprensible por el hecho de que el enlace para responder el cuestionario fue diseminado por las redes sociales que agrupan a pacientes con el SDRC; personas en su gran mayoría con estudios avanzados, preocupados por información confiable y, probablemente, con mayores recursos económicos en un porcentaje importante. Por lo tanto, este detalle es importante al momento de comprender el alcance y representatividad de los hallazgos que se reportan. También, es relevante mencionar la importante participación de pacientes españoles (38,8%) con respecto al total.

Nótese, además, en esta misma Tabla 1, que– según las respuestas de los pacientes –el empleo cayó del 95% (antes de enfermarse) al 45% (ya con la enfermedad). Ahora bien, si atendemos a que la edad de quienes respondieron el cuestionario corresponde a plena actividad laboral, podemos pensar que (a manera de hipótesis) que el desempleo tan alto con el SDRC se deba a esta condición de salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Características	n (80)	%
Sexo		
Hombre	6	7,5
Mujer	74	92,5
Edad		
21 a 30	10	12,5
31 a 40	31	38,8
41 a 50	19	23,8
51 a 60	20	25,0
Nivel de instrucción		
Primaria o elemental	7	8,8
Secundaria o bachillerato	20	25,0
Técnica superior	23	28,7
Universitaria	18	22,5
Universitaria con posgrado	12	15,0
País de residencia		
América Latina	49	61,3
España	31	38,8
Situación sentimental		
Con pareja	57	71,3
Sin pareja	23	28,7
Número de hijos		
Sin hijos	34	42,5
1	14	17,5
2	24	30,0
3	3	3,8
4	4	5,0
Situación laboral antes de DSR		
Si	76	95,0

No	4	5,0
Situación laboral con DSR		
Si	36	45,0
No	44	55,0
Discriminación por la DSR		
No	35	43,8
Si	44	55,0

Fuente: Elaboración propia.

3.1. Instrumentos

Para este estudio se elaboró un formulario electrónico que comprende: una sección de datos sociodemográficos y personales (donde preguntamos acerca de la religión y el nivel de religiosidad); condición como paciente del SDRC (7 ítems); Locus de Control (interno) con respecto a la enfermedad (6 ítems); y, Rasgos de Personalidad Antes del SDRC (6 ítems) y Rasgos de Personalidad en el Presente con el SDRC (6 ítems).

El test de Locus de Control (interno) con respecto a la enfermedad (LCE) está compuesto por 6 ítems válidos (3 directos y 3 invertidos que se detallan en la Tabla 2) que plantean situaciones referidos a los pensamientos con respecto al estado de salud en el marco de una ERH. Estos reactivos tienen solo dos categorías de respuesta: “no me identifico” y “me identifico” y apuntan todos al locus de control interno; que asigna 1 punto si el ítem aporta al locus interno y 0 si no abona a este estilo. Este breve instrumento arrojó una adecuada confiabilidad por consistencia interna a través del Alfa de Cronbach (sin considerar el ítem 1 que fue eliminado del cómputo del puntaje total) de 0,62. Cabe precisar que para el cálculo del puntaje total se trabajará sin el ítem 1 que evidenció una baja correlación ítem test (-0,32). De esta manera, este instrumento (en donde se han recodificado los ítems inversos a directos), otorga un puntaje máximo de 5. Así, mientras más puntaje se tenga mayor será el locus interno.

Los tests breves de Rasgos de Personalidad Antes (RPA) y el de Rasgos de Personalidad en el Presente (RPP) interrogan acerca de 6 características (Ansioso, Triste, Optimista, Enérgico, Reservado y Buen Carácter) desde el punto de vista retrospectivo (antes de enfermar con el SDRC) y en el tiempo presente (con el SDRC). Estos dos tests fueron sometidos (en los 80 sujetos respondientes) a un análisis psicométrico y obtuvimos un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,673 para el test de RPA y de 0,903 para RPP. Asimismo, todas las preguntas arrojaron índices muy buenos en cuanto a su validez a la luz de la correlación ítem-test. Estas dos pruebas de personalidad han sido elaboradas bajo la inspiración de los planteamientos de Bleidorn et al. (2020) acerca de los aspectos o rasgos saludables.

El Nivel de Religiosidad (NR) está medido por un ítem que interroga con respecto a su nivel de religiosidad (variable cualitativa de índole ordinal) con las siguientes alternativas de respuesta: *muy débil*, *débil*, *media*, *fuerte* y *muy fuerte*. Es importante precisar que antes colocamos un ítem interesado en recabar información referida a las creencias religiosas.

Por último, incorporamos un ítem donde los pacientes tenían que señalar su nivel de funcionalidad declarado (NFD); pregunta donde los sujetos debían de expresar el cómo se consideran en un continuo que va del 0% al 100%. Esta es una pregunta referencial importante para los análisis posteriores que se presentan más adelante.

3.2. Procedimientos

El procesamiento estadístico se realizó en el Excel de Microsoft y en SPSS en su versión 26 para Windows. En un primer momento se hizo una revisión exhaustiva de la base de datos y se controló la calidad de la misma a través del sistema de datos atípicos. También, el análisis de los supuestos matemáticos nos llevó a asumir las alternativas no paramétricas más adecuadas en todas nuestras pruebas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y correlación a través de Spearman).

3.3. Aspectos éticos

En un primer momento coordinamos con los moderadores y líderes de los grupos de Facebook que agrupan a pacientes con el SDRC; actores que ofrecieron el primer nivel de consentimiento. Posteriormente, y ya con las publicaciones en las redes sociales, se consignó en las indicaciones y en el propio instrumento: el propósito de la investigación; su carácter anónimo; los datos identificación del investigador (nombre y correo electrónico); y, la invitación a escribir en caso se tenga alguna consulta. Este formulario, con todos los cuestionarios o test breves, fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo (Trujillo).

De esta manera, y en atención a lo mencionado, nos hemos regido por los principios éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA) y la Declaración de Helsinki de respeto a la dignidad, consentimiento informado, justicia, integridad, no maleficencia y beneficencia.

4. Resultados

En cuanto al puntaje total en el Locus de Control de la Enfermedad (LCE) no se cumplió el supuesto de normalidad (Kolmogórov-Smirnov 0,306, $p = 0,000$); y, por ello, se apeló a las alternativas no paramétricas. Así, determinamos la no existencia de diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total del test de LCE según el sexo ($p = 0,865$), el lugar de residencia en términos de América Latina o España ($p = 0,782$) y creencia religiosa o no ($p = 0,446$). Del mismo modo, la prueba H de Kruskal-Wallis arrojó la no existencia de diferencias en el LCE (puntaje total) según las diferentes categorías de edad ($p = 0,121$). También, encontramos que el LCE se correlacionó de manera positiva (coeficiente de Spearman 0,415, $p = 0,000$) con el Nivel de Funcionalidad Declarado (NFD) por los pacientes (de 0% a 100%). Este último hallazgo, probablemente, ofrezca pistas importantes para comprender el aporte del LCE en las prácticas sostenidas de autocuidado activo. Es necesario anotar que el puntaje total de este test (LCE) es de 5 puntos; y en donde se asigna un punto a cada uno de los ítems que abonan hacia el locus interno. En este sentido, consideramos que los puntajes sobre 4 puntos indicarían un locus de control interno de elevado. Y, por debajo de este punto de corte o *break point*, estaría indicando niveles de bajo a moderado. Así, en la muestra total la media denotó una un locus de control interno con respecto a la enfermedad elevado ($M = 4.12$, $DS = 1,195$).

En cuanto al análisis por ítem del test de LCE la Tabla 2 ilustra las respuestas de los sujetos participantes; las mismas que denotan un estilo interno elevado. Al respecto, véase de manera nítida los ítems 5 y 6 que grafican en mayor medida el estilo mencionado (interno).

Tabla 2. Ítems del test de Locus de Control de la Enfermedad en la muestra total de pacientes con DSR

Ítems	No me identifico	Si me identifico
	n (%)	n (%)
Locus de Control de la Enfermedad (interno)		
1. La recuperación o mejora de mi enfermedad depende de factores que escapan de mi voluntad o esfuerzo (*) (**)	37(46,3)	43(53,8)
2. El sanarme depende más de la voluntad de Dios (*)	64(80,0)	10(20,0)
3. El recuperarme depende también de lo que yo haga o deje de hacer como paciente.	15(18,8)	65(81,3)
4. Ya no hay prácticamente nada que se pueda hacer por mí: seguiré empeorando (*)	60(75,0)	20(25,0)
5. Prefiero seguir luchando a pesar de que se diga que esta enfermedad es incurable pues sé que puedo mejorar o mantener un estado aceptable	10(12,5)	70(87,5)
6. Si bien esta enfermedad es incurable puedo hacer siempre algo nuevo para mejorar o al menos mantenerme estable	9(11,3)	71(88,8)

(*) Ítems inversos que, para fines del puntaje total del test LCE, fueron transformados a directos.

(**) Este ítem fue eliminado en el cómputo del puntaje total del LCE por no tener una adecuada validez.

Fuente: Elaboración propia.

También, fue de nuestro interés el comparar los rasgos de personalidad sin el SDRC y con SDRC. Para esto previamente convertimos la escala de calificación de los ítems negativos “ansioso”, “triste” y “reservado” a positivos. De esta manera, tenemos ahora que -en cuanto al puntaje total- que a más puntaje personalidad más saludable. Así, el puntaje total que puede obtener un sujeto ya sea en personalidad antes (sin SDRC) o en personalidad después (con SDRC) es de 18 en cada caso; la misma que nos sirvió para el análisis de correlación múltiple que más adelante se detalla.

Para esto, determinamos primeramente que nuestra distribución en estos aspectos no se distribuía normalmente; y por esta razón apelamos a una prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon. Se determinó de este modo que la personalidad sin SDRC ($M=15,04$) era más saludable que con SDRC ($M=12,33$) a la luz de la prueba en mención ($Z = -3,976$, $p = 0,000$). De todos modos, en cada uno de los 6 ítems se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las personas antes del SDRC y con la enfermedad. En otras palabras, los sujetos libres de esta enfermedad eran menos ansiosos ($p = 0,001$), menos tristes ($p = 0,000$), más optimistas ($p = 0,000$), más enérgicos ($p = 0,000$), menos reservados ($p = 0,001$) y con mejor carácter ($p = 0,000$). La Tabla 3 muestra las respuestas a cada uno de los ítems en las dos pruebas de rasgos de personalidad (RPA y RPP).

Tabla 3. Rasgos de personalidad antes de enfermar de DSR y en el tiempo presente (con DSR)

Rasgos	Sin SDRC			Con SDRC		
	Muy pocas veces n (%)	Algunas veces n (%)	Casi siempre n (%)	Muy pocas veces n (%)	Algunas veces n (%)	Casi siempre n (%)
Ansioso	36(45,5)	22(27,5)	22(27,5)	18(22,5)	28(35,5)	32(40,0)
Triste	49(61,3)	22(27,5)	9(11,3)	26(32,5)	23(28,7)	29(36,3)
Optimista	5(6,3)	13(16,3)	61(76,3)	21(26,3)	22(27,5)	35(43,8)
Enérgico	3(3,8)	11(13,8)	66(82,5)	31(38,8)	17(21,3)	30(37,5)
Reservado	45(56,3)	24(30,0)	11(13,8)	30(37,5)	23(28,7)	25(31,3)
Buen carácter	4(5,0)	9(11,3)	67(83,8)	15(18,8)	23(28,7)	40(50,0)

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al puntaje total de RPA encontramos la no existencia de diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney) según el sexo ($p = 0,075$), la edad ($p = 0,376$) y el lugar de residencia ($p = 0,918$); en este caso las diferencias ($p = 0,022$) estuvieron según la variable religión en favor de los creyentes ($M = 15,366$) con respecto a los no creyentes ($M = 13,557$).

Por otro lado, y en lo que respecta a RPP evidenciamos la no existencia de diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($p = 0,767$), la edad ($p = 0,338$), religión ($p = 0,510$). En cuanto a la variable lugar de residencia (América Latina y España) encontramos diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney) a favor de los residentes de países latinoamericanos ($M = 13,330$) con respecto a los que habitan en España ($M = 10,839$). Esto nos lleva a afirmar rasgos o disposiciones de la personalidad más saludables en el tiempo presente (con DSR) en la submuestra de pacientes latinoamericanos.

En cuanto a la religión y la religiosidad incluimos dos preguntas en el formulario que nos permitieron conocer: 1) la cantidad de pacientes con el SDRC que son creyentes y los que no profesan religión alguna; y, 2) el nivel de religiosidad (*muy fuerte, fuerte, media, débil y muy débil*) de los pacientes que se declararon creyentes. Tenemos así que, del total de la muestra ($n = 80$), 62 sujetos (77,5%) declararon ser creyentes (católicos en su gran mayoría) y 14 (17,5%) se definieron como no creyentes.

También, fue de nuestro interés conocer el nivel de religiosidad (NR) a la luz del nivel de funcionalidad (baja, media y alta) declarada por los pacientes que padecen la DSR. A propósito de esto no se encontraron asociaciones significativas a la luz de la prueba Chi-cuadrado de Pearson (13,671, $p = 0,091$). Del mismo modo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney $p = 0,446$) entre los creyentes y los no creyentes con respecto al puntaje total de locus de control con respecto a la enfermedad. Este mismo resultado se repite en cuanto a los rasgos de personalidad en el presente con el SDRC ($p = 0,510$). En cuanto a los rasgos de personalidad declarados antes de enfermarse (percepción en retrospectiva acerca de cómo eran antes) encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los creyentes y los no creyentes (U de Mann-Whitney $p = 0,022$); en donde los creyentes denotaron rasgos más saludables o positivos en comparación con los no creyentes.

Finalmente, y con el afán de correlacionar las diferentes variables en estudio, encontramos (Tabla 4) que el LCE 8 (locus de control interno) se relaciona de manera estadísticamente significativa (y de una forma positiva) con los RPP ($p = 0,000$), la Religiosidad ($p = 0,050$) y la Funcionalidad ($p = 0,000$).

Tabla 4. Correlaciones múltiples entre el locus de control, personalidad (antes de DSR y en el presente), religiosidad y funcionalidad

	Locus de Control	R. Personalidad antes de la DSR	R. Personalidad presente	Religiosidad	Funcionalidad
Locus de Control	1				
R. Personalidad antes de la DSR	- 0,192 ($p = 0,169$)	1			
R. Personalidad presente	0,428 (0,000 **)	0,100 (0,484)	1		

Religiosidad	0,250 (0,050 *)	0,010 (0,951)	0,119 (0,364)	1	
Funcionalidad	0,415 (0,000**)	-0,247 (0,074)	0,305 (0,007**)	0,082 (0,525)	1

**p < 0,01 *p < 0,05
Fuente: Elaboración propia.

5. Discusión y conclusiones

Este es una primera aproximación a la comprensión psicológica de las personas que enfermaron del Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) en el ámbito latinoamericano y que incluye, además, a España como país con mayores avances – científicos y rehabilitadores - con respecto a esta entidad. De esta manera, pretendimos ofrecer alcances relacionados con este padecimiento que forma parte de las enfermedades raras y huérfanas (ERH) menos conocidas; y que hasta el día de hoy siguen planteando desafíos a los profesionales de las ciencias de la salud. También, y en menor medida, los estudiosos de las ciencias sociales (y en especial los de las ciencias de comportamiento) se han venido interesando en resaltar la necesidad de vislumbrar los impactos de esta enfermedad en lo social, lo laboral y en la salud mental. Todo esto, nos remite a un plano más complejo (entiéndase integral) para ofrecer programas de intervención que rompan con una mirada estrictamente física (o médica) que al parecer predominaría en los sistemas de salud (Lohnberg & Altmaier, 2013; Alcayaga & Leiva, 2015).

De otro lado, debemos reconocer que estamos ante una enfermedad adquirida sumamente rara y que ha pasado incomprendida por muchas décadas. De ahí que, probablemente, sea sintomático las decenas de nombres que se han acuñado para llamar a lo que hoy conocemos y llamamos en este artículo como SDRC. Es más, durante décadas los manicomios de antaño eran el lugar donde se internaban a quienes padecían de esta enfermedad; es que nadie sabía a ciencia cierta lo que estaba aconteciendo con estas personas que experimentaban un dolor abrasador y desproporcionado. De todos modos, y a pesar de los avances científicos, esta enfermedad con sus tipos y variantes especiales sigue teniendo más enigmas que certezas desde el punto de vista médico y psicológico (Fornos-Vieitez et al., 2008).

Esto último, configura un doble problema – o tragedia muchas veces - para quienes padecen el SDRC; ya que por un lado la padecen y, por el otro, no encuentran -con frecuencia- un rápido diagnóstico que posibilite una intervención oportuna en sus primeras fases.

Ya en el plano psicológico encontramos que una enfermedad (con el SDRC) por su naturaleza compleja (y crónica en casi todos los casos) se constituye en un campo para el estudio de una serie de objetos relacionados con constructos psicológicos de singular importancia (Bonnano, 2008). En especial, y en concordancia con el objetivo de este estudio, destaca por su relevancia el comprender los impactos psicológicos; y determinar, de ser posible, qué factores podrían estar explicando el avance más lento de la enfermedad. Esto, bajo el convencimiento de que no solo podemos hablar de impactos psíquicos del SDRC, sino también, del papel de estos fenómenos en la enfermedad misma y su evolución. Así, desde este punto de vista, estimados que existen una serie de dinanismos (desarrollados a lo largo de la vida) que se constituyen en reales factores psicológicos de protección ante las situaciones, eventos y condiciones apremiantes en todo el sentido de la palabra; los mismos que en cierta medida cumplirían un rol de moderadores de salud mental (Ortiz et al., 2017).

No obstante, y desde el punto de vista investigativo, no todas las personas que estén atravesando por un trance de salud (como el SDRC) estarían en condiciones de participar en un estudio donde tengan que responder a uno o más test psicológicos. Por esta razón, es probable que (en el contexto de este estudio) que solo se hayan animado a responder el formulario las personas con mayores recursos psicológicos o, tal vez, aquellos que hayan experimentado francos procesos de mejoría. Por ello, la existencia mayoritaria de estudios sobre la base de historias clínicas (muchos de ellos en militares donde se tenía, incluso, reportes psiquiátricos anteriores a la situación detonante) son los que exhiben -con frecuencia- las muestras más amplias.

Esto último, invita a entender con prudencia los hallazgos reportados en las páginas anteriores en cuanto a su representatividad con respecto a las personas que optaron por no participar en este estudio. Más aún, cuando se diseminó el enlace del formulario a través de las redes sociales (grupos de Facebook ® cerrados a los que se accede mayormente luego de acreditar el SDRC). En síntesis, es altamente probable que parte importante de aquellos que tuvieron la ocasión de ver las invitaciones a responder la batería de instrumentos no aceptaron participar debido a que se encontrarían en peores condiciones tanto en lo físico y/o emocional. Esa es la razón por la cual también elaboramos instrumentos breves que no demandasen más de 8 o 9 minutos en responderse en su totalidad; situación que fue anticipada en las instrucciones y previamente al consentimiento informado.

Pero también, hemos obtenido una evidencia importante de sinceridad y compromiso con este estudio vía la última pregunta; la misma que invitaba a escribir una dirección de correo electrónico en caso deseen ser

contactados para conocer los resultados y/o participar en otras experiencias de investigación. Ante esto el 90% completó voluntariamente este campo, e incluso, colocaron sus nombres completos y otras referencias como la ciudad, el país o comentarios adicionales. También, es posible que el hecho haber accedido a estos colectivos con la formalidad del caso, haya suscitado una elevada motivación por responder preguntas de corte psicológico. Esta evidencia se corresponde -también- con la elevada confiabilidad (por consistencia interna) de los instrumentos aplicados.

En cuanto a los hallazgos más relevantes, podemos decir, que el LCE (locus interno) se destaca como la variable más relevante en este estudio. Esto nos conduce a hipotetizar que podría existir evidencia preliminar como para considerar su papel explicativo tanto de mejor bienestar en el contexto de enfermedad como en el afronte psicológico a la misma (Azzollini & Bail, 2010; Uranga, 2018). Por otro lado, la no existencia de diferencias estadísticamente significativas en el LCE según el sexo, el lugar de residencia (América Latina y Europa) o por el hecho de ser creyente o no. Ante esto, es imprescindible señalar, que no hemos identificado en las bases de datos de Scopus y Web of Science estudio alguno sobre el locus de control en personas con el SDRC. No obstante, la evidencia empírica sugiere la relevancia de la educación, la cohesión familiar y las experiencias forjadas a lo largo de la vida como explicadores del Locus de Control tanto interno como externo. De todos modos, los antecedentes más cercanos en el campo de la psicología de la salud se identifican más con investigaciones en pacientes con insuficiencia renal crónica, el cáncer y la diabetes. En especial, se resalta al locus de control interno como un aspecto explicativo de prácticas de autocuidado activas (Azzollini & Bail, 2010).

Del mismo modo, nos animamos a estudiar con dos breves instrumentos los Rasgos de Personalidad Antes (RPA) y los Rasgos de Personalidad en el Presente (RPP). Esta alternativa retrospectiva en lo referido al estudio de los RPA constituye una salida creativa ante la no existencia de mediciones previas a la enfermedad de estos constructos; todo esto bajo la hipótesis de que antes los rasgos serían más saludables. Y, efectivamente, comprobamos que en cada uno de los ítems que en el pasado los rasgos de personalidad eran más saludables que en el presente. Este hallazgo dialoga, a pesar de las diferencias metodológicas, con los estudios referidos a las características de personalidad realizados en pacientes que padecen el SDRC; los mismos que develan los impactos psicológicos de esta condición de salud. Por último, fue revelador comprobar que los pacientes residentes en España exhiban disposiciones menos saludables (en cuanto a su personalidad) que sus similares de América Latina; y en donde, además, no contamos con antecedentes empíricos similares o vinculados que ofrezcan pistas para entender estos hallazgos. Aquí, tal vez, puedan ayudar los estudios internacionales con respecto a la felicidad y optimismo que indican que las poblaciones de América Latina puntúan más alto que los ciudadanos españoles (DYM, 2022).

De otro lado, y con relación a los rasgos de personalidad según la creencia religiosa, solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en la personalidad antes de enfermarse (RPA) a favor de los creyentes. Este resultado, apunta en sentido diferente a lo que se podría pensar con respecto a la religión en estas circunstancias: encontrar rasgos de personalidad más saludables en los creyentes en el tiempo presente (RPP) a manera factor protector (Vandecreek et al., 2004; Araújo et al., 2007; Bremer et al., 2004; Vinaccia et al., 2012; Rassoulilian et al., 2021; Peres et al., 2007).

También, y en virtud de lo mencionado hasta el momento, los diferentes aspectos en estudio decantan en la dimensión correlacional múltiple; la misma que nos permitió apreciar con mayor perspectiva el alcance de este reporte. Destaca así, el LCE (interno) como la variable más sólida para comprender el afronte, la funcionalidad mayor del segmento o segmentos comprometidos y el nivel de religiosidad (Shaygan et al., 2019). Del mismo modo, los Rasgos de Personalidad Presentes (RPP) se correlacionan con la funcionalidad; evidencia que nos indica que los niveles de funcionalidad o recuperación elevados se relacionan con personalidades más saludables en sujetos con el SDRC (Verbunt et al., 2008). No obstante, consideramos que, sobre estos resultados, aún preliminares, se tendrían que aplicar modelos estadísticos (y con muestras más amplias) capaces de ofrecer una mirada causal. Bajo este panorama se estima que un desafío investigativo a futuro tendría que incorporar -en un esquema multidisciplinario que integre lo médico y lo psicológico- reportes o caracterizaciones por parte de galenos expertos en todo lo relacionado a la condición física de los pacientes, su funcionalidad, el tipo de SDRC y/o la evolución misma de la enfermedad.

Por lo expuesto, este estudio pone de manifiesto la necesidad de seguir profundizando en los aspectos psicológicos en personas que adquirieron el SDRC. Especialmente, se resalta el papel que jugaría el LCE (interno) con respecto a la enfermedad como probable variable explicativa del afronte, los impactos en la personalidad y en mejores niveles de recuperación o bienestar físico (Fornos-Vieitez et al., 2008). Se suma a este panorama el papel de la dimensión espiritual materializada en el Nivel de Religiosidad que se relaciona de manera positiva y significativa con el LCE.

Por último, y si bien investigamos a una muestra de pacientes de una rara enfermedad vertebrada por sintomatología dolorosa, este estudio enfatiza en la salud misma desde una aproximación positiva, esperanzadora y constructiva. Esto, bajo el convencimiento de que este tipo de indagaciones psicológicas podrían ofrecer luces para diseñar de manera más asertiva programas, modelos de actuación y protocolos para el apoyo de estos pacientes (y sus familias). Al mismo tiempo, estos aspectos psíquicos asumirían un papel preponderante para

promover un empoderamiento mayor, la adhesión a los tratamientos médicos y una mejor disposición para participar inquebrantablemente en las sesiones de fisioterapia, entre otras medidas de autocuidado responsable.

7. Agradecimientos

Se agradece la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo (Trujillo, Perú) por respaldar institucionalmente la realización de esta investigación. Asimismo, se agradece y reconoce a las personas que padecen esta enfermedad (SDRC) quienes dedicaron minutos valiosos de su tiempo para responder el formulario de investigación. Por último, se agradece a los diversos colectivos que agrupan a quienes padecen el SDRC y a la Federación de Enfermedades Raras del Perú (FEPER) por colaborar en la disseminación del enlace de cuestionario anónimo entre sus miembros acreditados.

Referencias

- Alcayaga, G., & Leiva, L. (2015). Aspectos psicosociales en enfermedades crónicas: el caso del síndrome de Sjögren. *Revista Psicología y Salud, 25*(2), 201-211. <https://doi.org/10.25009/pys.v25i2.1820>
- Azzollini, S., & Bail, V. (2010). La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de Investigaciones, XVII*, 287-297. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139946019>
- Araújo, A. C., Sales, J., Andriuciolis de Mattos, C., & Gentry, L. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica „relaxamento, imagens mentais e espiritualidade“ (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Archives of Clinical Psychiatry, 34*(1). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700009>
- Becker, G., Momm, F., Xander, C., Bartelt, S., Zander-Heinz, A., Budischewski, A., Domin, C., Henke, M., Adamietz, I. A., & Frommhold, H. (2006). Religious Belief as a Coping Strategy: An Explorative Trial in Patients Irradiated for Head-and-Neck Cancer. *Strahlentherapie und Onkologie, 182*(5), 270-276. <https://doi.org/10.1007/s00066-006-1533-9>
- Bonnano, G. A. (2008). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist, 59*(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bremer, B. A., Simone, A. N., Walsh, S., Simmons, Z., & Felgoise, S. H. (2004). Factors supporting quality of life over time for individuals with amyotrophic lateral sclerosis: the role of positive self-perception and religiosity. *Annals of Behavioral Medicine, 28*(2), 119-25. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2802_7
- Bruscas, C., Beltrán, C. H., & Jiménez, F. (2004). Distrofia simpático refleja de extremidades inferiores, politópica y recurrente en dos hermanos. *Anales de Medicina Interna, 21*(4), 183-184. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000400007
- Bruscas, C., Beltrán, C. H., & Jiménez, F. (2009). Estudio descriptivo y prospectivo de 171 pacientes con distrofia simpático refleja en Aragón (España). *Reumatología Clínica, 6*(6), 285-291. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.11.005>
- Bruscas, C., Pérez-Echeverría, M. J., Medrano, M., Hijos, S., & Simon, L. (2001). Distrofia simpático refleja: aspectos psicológicos y psicopatológicos. *Anales de Medicina Interna, 18*(1), 38-44. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000100011
- Bleidorn, W., Hopwood, C. J., Ackerman, R. A., Witt, E. A., Kandler, C., Riemann, R., Samuel, D. B., & Donnellan, M. B. (2020). The healthy personality from a basic trait perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 118*(6), 1207-1225. <https://doi.org/10.1037/pspp0000231>
- Burns, A. (2004). ¿Qué hace que la distrofia simpática refleja sea tan complicada? *InMotion, 14*(5). <https://www.amputee-coalition.org/resources/spanish-reflex-sympathetic-dystrophy/>
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología, 10*(2), 169-179. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/27670>
- Cuenca, C., Flores, M. I., Méndez, K., Barca, I., Alcina, A., & Villena, A. (2012). Síndrome Dolor Regional Complejo. *Revista Clínica de Medicina Familiar, 5*(2), 120-129. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v5n2/especial2.pdf>
- De Armas-Valdes, C. A. (2004). *Contributing factors to resilience in relapsing-remitting multiple sclerosis* [Doctoral thesis, University of Maryland]. Digital Repository at the University of Maryland. <https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/2006>
- Delgado, C. (2007). Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(3), 229-234. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00173.x>
- Do-Hyeong, L., Eun, N., Yong, K., Jae, H., Sung, K., Joon, J., Min, B., & Do-Hyung, K. (2014). Risk Factors for Suicidal Ideation among Patients with Complex Regional Pain Syndrome. *Psychiatry Investigation, 11*(1), 32-38. <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.1.32>
- Dilek, B., Yemez, B., Kizil, R., Kartal, E., Gulbahar, S., Sari, O., & Akalin, E. (2012). Anxious personality is a risk factor for developing complex regional pain syndrome type I. *Rheumatology International, 32*(4), 915-920. <https://doi.org/10.1007/s00296-010-1714-9>
- DYM Market Research. (2022). *Los españoles se sienten más felices, pero están aún lejos de las índices precrisis*. <https://acortar.link/nz39eU>
- Feldman, S. I., Downey, G., & Schaffer-Neitz, R. (1999). Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: a daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 776-85. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.5.776>
- Fornos-Vieitez, B., López-Díez, F. E., Ciriza-Lasheras, A., & López-López, D. (2008). Síndrome de Sudeck (distrofia simpática refleja). *SEMERGEN, 34*(9), 455-8. <https://acortar.link/LueuFN>
- García, A. S., & Mora, K. S. (2020). *Rasgos de personalidad, locus de control y pensamientos distorsionados hacia*

- la mujer en una muestra de hombres de la ciudad de Villavicencio, Meta* [Tesis de pregrado, Universidad Santo Tomás]. Repositorio de la Universidad de Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/31451>
- Holt, C. L., Caplan, L., Schulz, E., Blake, V., Southward, P., Buckner, A., & Lawrence, H. (2009). Role of religion in cancer coping among African Americans: A qualitative examination. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(2), 248-273. <https://doi.org/10.1080/07347330902776028>
- Huerta, E. (2022). 7 enfermedades más frecuentes en los latinos mayores. *AARP*. <https://acortar.link/PZrcdn>
- Jiménez, M. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 163-184. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/25269>
- Lohnberg, J. A., & Altmaier, E. M. (2013). A Review of Psychosocial Factors in Complex Regional Pain Syndrome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 247-254. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9322-3>
- Lynch, M. E. (1992). Psychological aspects of reflex sympathetic dystrophy: a review of the adult and paediatric literature. *Pain*, 43(3), 337-347. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90241-3](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90241-3)
- McCaully, J., Tarpley, M. J., Haaz, S., & Bartlett, S. J. (2008). Daily Spiritual Experiences of Older Adults With and Without Arthritis and the Relationship to Health Outcomes. *Arthritis & Rheumatology*, 59(1), 122-8. <https://doi.org/10.1002/art.23246>
- Mayfield, F. H., & Devine, J. W. (1945). Causalgia. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 80, 631-635.
- Merskey, H. (1987). Pain, personality and psychosomatic complaints. En G. Burrows, D. Elton y G. Stanley (Eds.), *Handbook of chronic pain management* (pp. 137-146). Elsevier Science Publishers.
- Midbari, A., Suzan, E., Adler, T., Melamed, E., Norman, D., Vulfsons, S., & Eisenberg, E. (2016). Amputation in patients with complex regional pain syndrome: A comparative study between amputees and nonamputees with intractable disease. *The Bone & Joint Journal*, 98-B(4), 548-554. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.98B4.36422>
- Ortiz, G. J., Sánchez, S. I., & López, V. M. (2017). Recursos psicológicos como moderadores del daño psíquico en víctimas de violencia de género. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(2). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/60824>
- Peres, M. F. P., Quintana, A. C., Silva, P., y Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(1). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>
- Pons, T., Shipton, E. A., Williman, J., y Mulder, R. T. (2015). Potential Risk Factors for the Onset of Complex Regional Pain Syndrome Type 1: A Systematic Literature Review. *Anesthesiology Research and Practice*, 2015, ID 956539, 1-15. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/956539>
- Puchalski, P., y Zyluk, A. (2005). Complex regional pain syndrome type 1 after fractures of the distal radius: a prospective study of the role of psychological factors. *The Journal of Hand Surgery*, 30(6), 574-580. <https://doi.org/10.1016/j.jhsb.2005.06.023>
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 5(1), 25-36. <https://acortar.link/KjPrjg>
- Rassoulilian, A., Gaiger, A., y Loeffler-Stastka, H. (2021). Gender Differences in Psychosocial, Religious, and Spiritual Aspects in Coping: A Cross-Sectional Study with Cancer Patients. *Women's Health Reports*, 2.1, 464-472. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0012>
- Sánchez, M. J., García, J. M., Valverde, M., y Pérez, M. (2014). Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Revista Clínica y Salud*, 25(2), 85-93. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.007>
- Shaygan, M., y Shayegan, L. (2019). Understanding the Relationship Between Spiritual Well-Being and Depression in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Pain Catastrophizing. *Pain Management Nursing*, 20(4), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.12.001>
- Uranga, C. (2018). *Afrontamiento y locus de control en pacientes en tratamiento de hemodiálisis* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/13194>
- Vandecreek, L., Paget, S., Horton, R., Robbins, L., Oettinger, M., y Tai, K. (2004). Religious and Non-religious Coping Methods Among Persons With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 51(1), 49-55. <https://doi.org/10.1002/art.20074>
- Verbunt, J. A., Pernot, D., y Smeets, R. (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(8), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-8>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento

espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 28(2), 366-377. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>

Visdómine-Lozano, C., y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3),729-751. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760313>

Villalba, M. A., Cots, I., y Romero, N. (2012). ¿Las creencias religiosas condicionan el afrontamiento de la enfermedad y muerte de un familiar? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 9(39). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4634211>

Zanotti, G., Slullitel, P., Buttaró, M., Comba, F., y Piccaluga, F. (2016). Síndrome de dolor regional complejo asociado a artroplastia total de cadera. *REVISTA. Cirugía Reconstructiva de Cadera y Rodilla*, 2(2), 82-86. http://acarorevista.org.ar/files/revistas/vol-2-nro-2/82_sindrome_SDRC.pdf

Zdanowicz, N., Janne, P., y Reynaert, CH. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? *Eur. J. Psychiat.*, 18(2), 117-124. <https://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v18n2/424.pdf>