



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2018-2019



**Sensibilidad de Procesamiento Sensorial y su relación
con variables de salud**

Autora: Saray Maciá Rodenas
Tutora: Olga Pellicer Porcar

Convocatoria: Septiembre 2019

Resumen

Introducción: La Sensibilidad de Procesamiento Sensorial (SPS) es un rasgo que se caracteriza por una alta sensibilidad para la estimulación y facilidad para la sobreactivación, procesamiento profundo de la información, percepción de estímulos sutiles y fuerte reactividad emocional. A pesar de no ser patológico, puede tener implicaciones negativas para el bienestar de los sujetos. **Objetivo:** estudiar la relación entre la SPS y la calidad de vida, la salud, el impacto del dolor de cabeza y la somatización. Determinar si existen diferencias entre individuos con alta y baja sensibilidad en la calidad de vida, la salud, el impacto del dolor de cabeza y la somatización. Analizar si aparecen diferencias en función del género en SPS. **Método:** Se siguió un diseño descriptivo de tipo transversal y se utilizó una muestra constituida por 44 sujetos, 24 hombres y 20 mujeres, todos ellos estudiantes universitarios. Se les aplicaron varios cuestionarios: Highly Sensitive Person Scale, WHOQOL-BREF, SF-36, HIT-6 y LSB-50. **Resultados:** Se obtuvo una correlación significativa negativa entre la SPS y la calidad de vida, así como entre la SPS y la salud. La correlación entre la SPS y el impacto del dolor de cabeza fue significativa y positiva, al igual que ocurrió con la somatización. Se encontraron diferencias entre el grupo de alta y baja SPS en las variables anteriores. No se hallaron diferencias entre hombres y mujeres en SPS. **Discusión:** los resultados son consistentes con la literatura y confirman las hipótesis de partida. Este tema es relativamente reciente y requiere una mayor investigación.

Palabras clave: persona altamente sensible, sensibilidad de procesamiento sensorial, calidad de vida, salud, dolor de cabeza, somatización.

Abstract

Background: Sensory-Processing Sensivity (SPS) is a trait which is characterized by high sensivity to stimulation and ease of overarousal, deep information processing, perception of subtle stimuli and strong emotional reactivity. Despite the trait not being pathological, it can have negative implications in the subjects' well-being. **Objective:** study the relationship between sensory-processing sensivity and quality of life, health, headache impact and somatization. Determine if there are any differences between high and low sensitivity in quality of life, health, headache impact and somatization. Analyze if gender differences appear in SPS. **Method:** a descriptive cross-sectional design was followed and a sample of 44 subjects, 24 men and 20 women, all of them university students, was used. Several questionnaires were applied to them: Highly Sensitive Person Scale, WHOQOL-BREF, SF-36, HIT-6 and LSB-50. **Results:** a significant negative correlation between SPS and quality of life was obtained, as well as between SPS and health. The correlation between SPS and headache impact was significant and positive, as was the case with somatization. Differences were found between the group of high and low SPS in previous variables. No differences were found between men and women in SPS. **Discussion:** the results are consistent with the literature and confirm the starting hypotheses. This topic is farly new and requires further research.

Keywords: highly sensitive person, sensory-processing sensivity, quality of life, health, headache, somatization.

INTRODUCCIÓN

El término *Persona Altamente Sensible* (PAS) fue acuñado por Elaine Aron en 1996 para describir a individuos que poseen un rasgo llamado *Sensibilidad de Procesamiento Sensorial* (SPS) en niveles elevados y que constituyen el 15-20% de la población (Aron y Aron, 1997; Borries, 2012). Este rasgo, según la autora, es una característica temperamental innata y heredada que consiste en: alta sensibilidad para la estimulación, bajo umbral sensorial y facilidad para la sobreactivación; procesamiento profundo y elaborado de la información entrante; percepción de estímulos sutiles y detalles; y reactividad emocional intensa. Todo esto vendría explicado por una mayor sensibilidad del sistema nervioso central (Aron, Aron y Jagiellowicz, 2012; Homberg, Schubert, Asan y Aron, 2016).

Este concepto ha sido ampliamente investigado desde 1996 hasta el momento actual por Aron y su equipo en Estados Unidos, los cuales además diseñaron una escala para medir la sensibilidad de procesamiento sensorial (*Highly Sensitive Person Scale*). Paralelamente, otros autores han desarrollado estudios sobre este tema en Europa y Asia. Los resultados de estos trabajos permiten definir con mayor claridad el perfil de las Personas Altamente Sensibles.

Las PAS son muy conscientes de sí mismas, los otros y el entorno. El hecho de ser tan conscientes de los otros las hace muy empáticas y consideradas con los demás, a veces incluso a expensas de su propio confort (Acevedo et al., 2014). Además, les afectan profundamente los cambios en la conducta y las emociones de los demás (Aron, 2006).

En relación a la sensibilidad a los otros y al entorno, Las PAS presentan una mayor vulnerabilidad a las influencias externas y una mayor sugestionabilidad (Aron et al., 2012).

Aron (2006) señala que estos individuos son más sensibles al ambiente, y lo relaciona con una mayor incidencia de fiebre del heno (rinitis alérgica) y erupciones cutáneas. Otros autores también mencionan niveles más elevados de alergias en sujetos altos en SPS (Jawer, 2005).

Las PAS alcanzan su punto de sobreactivación más rápido que otras personas. Esto, unido al hecho de que son muy conscientes de los estímulos de su entorno, hace que muestren en presencia de otros una pobre actuación física, cognitiva y social en el trabajo, la escuela u otras situaciones sociales, debido a que el sentirse observadas aumenta su nivel de arousal y produce interferencia. Esto también les ocurre cuando la tarea tiene la presión añadida de un límite de tiempo (Aron, 2006).

Respecto a esta facilidad para la sobreactivación, la estimulación puede abrumarles y hacerles sentirse sobrepasadas. Además, tienden a reaccionar fuertemente a los “inputs” sensoriales y a procesarlos de forma intensa y profunda, requiriendo un tiempo extra para integrar las experiencias, de manera que tienen una larga resonancia en su interior. Por este motivo, en días ajetreados sienten la necesidad de retirarse a descansar al verse saturadas por un exceso de información (Aron y Aron, 1997). Esto de forma constante y mantenida puede empeorar su calidad de vida, sobre todo si no tienen la oportunidad de tomarse un momento para estar en calma.

Los individuos con alta SPS suelen mostrar inhibición conductual. Se detienen a pensar y comprobar antes de actuar ante situaciones novedosas, lo que los hace más lentos en la toma de decisiones (Aron et al., 2012).

En referencia al bajo umbral sensorial, las PAS muestran una elevada sensibilidad al dolor y pueden verse más afectadas por la cafeína y diversos medicamentos. Además, la sensación de hambre les resulta muy perturbadora, interrumpiendo su concentración y afectando a su estado de ánimo (Aron et al., 2010).

Una característica importante es que las PAS tienen una vida interna muy rica (Aron y Aron, 1997). Concretamente, presentan pesadillas y sueños extremadamente vívidos (Carr y Nielsen, 2017). Las pesadillas son parasomnias que consisten en ensoñaciones sumamente disfóricas que producen alteraciones en el sueño debido a los continuos despertares, pudiendo causar un deterioro en el funcionamiento del sujeto (American Psychiatric Association, 2013). Esto empeora la sensación de descanso y por consiguiente la calidad de vida y la salud.

El rasgo de SPS, no solo tiene implicaciones negativas, puede considerarse una ventaja o un inconveniente en función de la situación. Aron plantea que las personas que lo poseen son empáticas, intuitivas, creativas, reflexivas, perfeccionistas y concienzudas (Aron, 2006). Pero estos son atributos poco aceptados y apreciados por la cultura y sociedad actual, ya que no concuerdan con los valores predominantes. Aron se dio cuenta de que los individuos con estas características, particularmente aquellos con una falta de conocimiento y comprensión sobre su rasgo, a menudo sufren en áreas como la autoestima debido a un sentimiento de ser diferentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1966) define la *Calidad de Vida* como la “percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus intereses”. Se trata de un concepto multidimensional y amplio que está

influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

El conjunto de características que presentan las PAS podría estar relacionado con una peor calidad de vida. En esta misma línea, en una investigación se halló una correlación significativa negativa entre sensibilidad de procesamiento sensorial y calidad de vida (Hanes, 2016).

La calidad de vida está estrechamente relacionada con el concepto de *Salud*, que la OMS definió en 1948 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. Esta definición tenía un carácter utópico que hacía de la salud algo inalcanzable. Por ello, más adelante propuso una nueva conceptualización en la que describe la salud como “el grado en el que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, y por otra, cambiar o enfrentarse al ambiente” (OMS, 1986). La salud es vista por tanto, como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida: un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas y que va más allá de las definiciones reduccionistas previas procedentes del modelo biomédico que la consideraban únicamente como la ausencia de enfermedad (Engel, 1977).

Jawer (2005) plantea que las PAS presentan tasas más elevadas de problemas somáticos. Benham (2006) encontró una correlación positiva entre sensibilidad de procesamiento sensorial y síntomas físicos de mala salud. En su estudio, la sensibilidad de procesamiento sensorial resultó un mejor predictor de la mala salud que el estrés. Este autor plantea que las PAS son más propensas a los problemas de salud y propone dos posibles explicaciones: por una parte, la elevada sensibilidad aumenta la activación

fisiológica general, lo que conduce a más estrés crónico, con consecuencias posteriores para la salud. Por otra parte, debido a su bajo umbral sensorial y mayor percepción de estímulos sutiles, son más sensibles y conscientes (se dan cuenta) de los síntomas somáticos, prestando más atención a sensaciones fisiológicas menores que otros no notan. Esto puede hacer que informen de más síntomas físicos y problemas de salud.

Como se constata en la literatura, los conceptos de calidad de vida y salud muestran una gran interdependencia, de modo que uno repercute en el otro y viceversa. Parece que ambos podrían correlacionar de manera negativa con la SPS.

Un problema que afecta a la salud y a la calidad de vida es el dolor de cabeza o cefalea, que según la OMS (2011) es el trastorno neurológico más prevalente y se encuentra entre los síntomas más comunes observados en la práctica clínica. El 50% de la población mundial ha sufrido dolor de cabeza al menos una vez en el último año y más del 90% presenta antecedentes de dolor de cabeza en algún momento de su vida. La cefalea no solo es dolorosa sino también incapacitante. En el “Global Burden Disease 2016” (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017) la migraña por sí sola representó la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad. Colectivamente, las cefaleas fueron la tercera causa. El 90% de los pacientes con migraña padecen alguna incapacidad relacionada con el dolor de cabeza y aproximadamente la mitad están seriamente afectados y requieren reposo en cama. El 90% de las cefaleas son funcionales, sin causa orgánica, de las cuales el tipo de dolor de cabeza más frecuente es la cefalea tensional, en la que es posible que intervenga la contracción de la musculatura pericraneal sostenida durante un largo periodo de tiempo, en general producida por el estrés o la ansiedad (Ad Hoc Committee on Classification of Headache, 1962; Jensen, Rasmussen, Pedersen y Olensen, 1993).

La SPS está asociada a una mayor tasa de cefaleas y migrañas (Jawer, 2005). Las PAS son sobreactivadas fisiológicamente con facilidad y se sienten abrumadas con frecuencia, además de que reaccionan fuertemente a los estímulos y los procesan profundamente, lo cual se podría traducir en una gran tensión que daría lugar a cefaleas tensionales. Estos podrían ser también factores desencadenantes del resto de dolores de cabeza. Los individuos con alta sensibilidad pueden tener un mayor impacto de los dolores de cabeza en su funcionamiento diario porque poseen un bajo umbral sensorial y son más sensibles al dolor, de modo que notarían más las molestias y eso interferiría más en su vida. Además, en ocasiones, tanto las cefaleas tensionales como las migrañas van acompañadas de sensibilidad a los ruidos y a la luz, lo que ya de por sí está presente en las PAS, con lo que si además se añade este problema de salud, se agudizarían los síntomas y podría resultar más incapacitante.

Las cefaleas suelen ser una manifestación frecuente de la somatización. La *Somatización* consiste en quejas físicas que ocasionan malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan justificar una causa orgánica. A pesar de que no se pueda demostrar una alteración en los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, es indudable que afecta a la salud y a la calidad de vida de quienes la sufren y constituye un motivo de consulta muy habitual en atención primaria (Mergl et al., 2007; Roca et al., 2009; Schneider et al., 2011). Se suele asumir que en su etiología están implicados factores psicológicos. Existen diversos modelos explicativos. Algunos de ellos sugieren que este cuadro es el resultado de dificultades emocionales que el sujeto expresa mediante síntomas físicos (Kleinman, 1983; Lipowski, 1988; Simon y Von Korff, 1991). Por otra parte, Barsky, Goodson, Lane y Cleary (1988) proponen la “amplificación somatosensorial” en la base de este fenómeno, y lo describen como un estilo perceptivo-cognitivo de sensibilización o aumento de las señales corporales. Este autor plantea que

se produciría una magnificación de las sensaciones somáticas benignas y la consiguiente atribución a una enfermedad. Kapfhammer (2001) sostiene una conceptualización multifactorial e integradora en la que deben tenerse en cuenta diferentes aspectos de genética, neurología, neurofisiología, psicofisiología, endocrinología, psicología de la personalidad, psicología de la percepción y cognición, aprendizaje social, conocimiento de la enfermedad, concepción de la enfermedad, eventos vitales, estresores psicosociales crónicos, ausencia de habilidades de afrontamiento, pérdida de apoyo social, el sistema de refuerzo social, comorbilidad de trastornos psiquiátricos y traumas psicológicos.

Las PAS son candidatas potenciales a presentar somatizaciones ya que, como se ha descrito con anterioridad tienen una elevada reactividad emocional, lo cual puede producir un intenso malestar ante experiencias negativas. Además son fácilmente sobreactivadas, y esto puede conducir las a elevados niveles de ansiedad. Otra característica de las PAS es que perciben estímulos muy sutiles y tienen un bajo umbral sensorial, por lo que podrían ser más propensas a interpretar ciertas variaciones “normales” de las sensaciones corporales como síntomas físicos de una patología, en consonancia con la teoría de la amplificación somatosensorial (Barsky et al., 1988).

La sensibilidad de procesamiento sensorial es un rasgo con una elevada prevalencia en la población, que, si bien no es patológico, podría tener un impacto negativo en el bienestar de las personas que lo presentan debido a las características descritas con anterioridad. Las PAS podrían disponer de una mayor vulnerabilidad a trastornos físicos y mentales a causa de la combinación entre los aspectos distintivos del rasgo y el desconocimiento y mal manejo del mismo por parte de la persona. Esto, junto a la falta de comprensión que muestra la sociedad, la cual en ocasiones estigmatiza a estos sujetos, derivaría en una baja autoestima por falta de autoentendimiento. Además se ha

realizado una revisión exhaustiva de la bibliografía sobre este tema y se ha detectado una carencia de publicaciones científicas que estudien su asociación con variables de salud. Esto, unido al hecho de que apenas hay artículos de investigaciones desarrolladas en España, pone de relieve la necesidad de profundizar en esta cuestión. Por otra parte, no se tiene conocimiento de trabajos que estudien las diferencias entre sexos en cuanto a la SPS, un aspecto en el que resultaría interesante indagar. Por ello, el *objetivo general* del presente estudio es analizar si existen relaciones entre la sensibilidad de procesamiento sensorial y la calidad de vida, la salud, el impacto del dolor de cabeza y la somatización. Como *objetivos específicos* se plantean:

- Determinar si los individuos con alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial difieren en la calidad de vida, la salud, el impacto del dolor de cabeza y la somatización.
- Analizar si existen diferencias en función del género en la variable sensibilidad de procesamiento sensorial.

De los objetivos anteriores, y en base a la literatura encontrada, se derivan las siguientes hipótesis de partida:

Hipótesis 1: la sensibilidad de procesamiento sensorial correlacionará de forma negativa con la calidad de vida.

Hipótesis 2: la sensibilidad de procesamiento sensorial correlacionará de forma negativa con la salud.

Hipótesis 3: la sensibilidad de procesamiento sensorial correlacionará de forma positiva con el impacto del dolor de cabeza.

Hipótesis 4: la sensibilidad de procesamiento sensorial correlacionará de forma positiva con la somatización.

Hipótesis 5: se encontrarán diferencias significativas entre sujetos con alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial en la variable calidad de vida. Concretamente se espera que los individuos altos en sensibilidad obtengan una puntuación inferior en calidad de vida que los bajos en sensibilidad

Hipótesis 6: se encontrarán diferencias significativas entre sujetos con alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial en la variable salud. De manera específica, se espera que los individuos altos en sensibilidad obtengan una puntuación inferior en salud que los bajos en sensibilidad.

Hipótesis 7: se encontrarán diferencias significativas entre sujetos con alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial en la variable impacto del dolor de cabeza. Afinando más, se espera que los individuos altos en sensibilidad obtengan una puntuación superior en el impacto del dolor de cabeza que los bajos en sensibilidad.

Hipótesis 8: se encontrarán diferencias significativas entre sujetos con alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial en la variable somatización. Se espera que los individuos altos en sensibilidad obtengan una puntuación superior en somatización que los bajos en sensibilidad.

Hipótesis 9: no se encontrarán diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable sensibilidad de procesamiento sensorial.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 44 sujetos, 24 hombres (54,5%) y 20 mujeres (45,5%). Los participantes tenían una edad comprendida entre 18 y 38 años (edad media de 23,02 años) y eran estudiantes universitarios que cursaban diversas titulaciones impartidas en la Universidad Miguel Hernández. Para su selección se siguieron los criterios de inclusión y de exclusión descritos a continuación.

Criterios de inclusión:

- Ser estudiante universitario.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 40 años.

Criterios de exclusión:

- Padecer un trastorno mental.
- Padecer una enfermedad física.

Los sujetos contestaron un formulario sobre su género, edad, titulación, condiciones de salud, y si se hallaban en ese momento bajo tratamiento farmacológico o psicológico (Apéndice 1). Los voluntarios fueron reclutados mediante carteles distribuidos por los distintos edificios del campus de Elche y reclamos verbales durante visitas a las clases, siguiendo una estrategia de muestreo incidental.

Variables e Instrumentos

Variables socio-demográficas

- Género
- Edad

Variables psicológicas:

- Sensibilidad de procesamiento sensorial: el grado de sensibilidad de procesamiento sensorial fue evaluado mediante la *Highly Sensitive Person Scale, HSPS* (Aron y Aron, 1997) (Apéndice 2), un autoinforme compuesto por 27 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, que abarca desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Este instrumento presenta unas adecuadas propiedades psicométricas: tiene validez convergente y discriminante, así como una buena fiabilidad, con un alfa de Cronbach entre 0,85 y 0,87 (Aron y Aron 1997; Smolewska, McCabe y Woody, 2006; Jonsson, Grim y Kjellgren, 2014). La escala da un valor total, con un rango de puntuación entre 27 y 189, que se puede interpretar como una variable continua (Jagiellowicz et al., 2011) o se puede utilizar para crear una variable dicotómica con dos grupos (alta y baja sensibilidad) (Jonsson et al. 2014).
- Calidad de vida: medida a través del *World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF* (The WHOQOL Group, 1998) (Apéndice 3). Este cuestionario ha sido desarrollado por la OMS de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como clínica y está validado en España. Contiene un total de 26 preguntas. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Utiliza una ventana de medida de dos semanas. Presenta buena validez discriminante, de

contenido y fiabilidad test-retest. No existen puntos de corte propuestos, por lo que a mayor puntuación, mayor calidad de vida.

- Salud: evaluada mediante el *Cuestionario de Salud SF36* (Alonso, Prieto y Antó, 1995) (Apéndice 4), que es la adaptación española del *Short Form Health Survey SF36* (Ware y Sherbourne, 1992). El cuestionario está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud y cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y transición de salud. Las escalas del SF-36 tienen un rango de puntuaciones que oscila entre 0 y 100, de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. En cuanto a las propiedades psicométricas, muestra una buena validez de contenido y de constructo, así como una adecuada fiabilidad (Vilagut et al., 2005).
- Impacto del dolor de cabeza: medido a través del *Examen del Impacto del Dolor de Cabeza (Headache Impact Test-6, HIT-6)* (Kosinski et al., 2003) (Apéndice 5). Se trata de un instrumento utilizado para evaluar el impacto que los dolores de cabeza tienen en la capacidad para funcionar en el trabajo, la casa, la escuela y en situaciones sociales. Su puntuación muestra el efecto que los dolores de cabeza tienen en la vida diaria normal. El HIT-6 está constituido por 6 ítems y se trata de una escala tipo Likert con 5 niveles de respuesta: 1= nunca (6 puntos), 2 = pocas veces (8 puntos), 3= a veces (10 puntos), 4= muy a menudo (11 puntos) y 5= siempre (13 puntos). El rango de puntuación que se puede obtener oscila entre 36 y 78. Las puntuaciones son directas por lo que las más altas se corresponderán con mayores impactos en la vida del paciente. Utiliza una ventana de medida de un mes. Respecto a las propiedades psicométricas, se considera que es un instrumento con

una adecuada validez y buena fiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,89 (Castien, Blankenstein, Windt y Dekker, 2012).

- Somatización: medida a través de la escala de Somatización (Sm) del *Listado de Síntomas Breve, LSB-50* (Rivera y Abuín, 2012) (Apéndice 6). El cuestionario completo consta de 50 preguntas, pero la escala de Somatización concretamente está compuesta por 8 ítems y explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Incluye respuestas somáticas relacionadas con desequilibrios del sistema nervioso autónomo y que afectan a los sistemas respiratorio, muscular, cardiovascular y gastrointestinal. Es útil para el screening de los trastornos somatomorfos y de la ansiedad somática. Pregunta sobre síntomas referidos a: palpitaciones, desmayos o mareos, dolores de cabeza, náuseas o problemas estomacales, entumecimiento muscular, dolores musculares, dolores en el pecho y dificultad para respirar. Es una escala tipo Likert de 5 niveles de respuesta: 0= nada; 1= poco; 2= moderadamente; 3= bastante y 4= mucho. El instrumento presenta propiedades psicométricas adecuadas (Abuín y Rivera, 2014).

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó la autorización al OEP (Órgano Evaluador de Proyectos) el cual emitió un dictamen favorable (Apéndice 7). Para reclutar a la muestra se pusieron carteles en varios edificios de la Universidad Miguel Hernández de Elche y se visitaron distintas clases del campus, previo consentimiento del profesorado, para informar sobre la investigación a los alumnos. Posteriormente, se contactó con los sujetos que estaban interesados, para asignarles una cita con el objetivo de llevar a cabo el protocolo constituido por diversas pruebas. La aplicación de los cuestionarios se llevó

a cabo en el Laboratorio Seco del edificio Altamira de la Universidad Miguel Hernández de Elche, fue de forma individual en una única sesión y tuvo una duración de 40 minutos aproximadamente. Los sujetos eran recibidos en el laboratorio en el horario acordado con cada uno de ellos y se les indicaba que tomaran asiento, así como se les explicaba el procedimiento que se seguiría. A continuación, los voluntarios leían y firmaban el consentimiento informado (Apéndice 8) y cumplimentaban el formulario que contenía los criterios de inclusión y de exclusión junto con otros datos personales (Apéndice 1) y una batería de autoinformes. El orden de administración de los distintos instrumentos para todos los participantes fue: HSP Scale, WHOQOL-BREF, SF-36, HIT-6 y por último LSB-50.

Durante el estudio se aseguró que se cumplía con todas las garantías éticas y la información personal de los participantes se trató de forma confidencial y anónima conforme a la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Diseño

Estudio descriptivo de tipo transversal.

Análisis de los datos

Una vez recogidos los datos, se codificaron y analizaron mediante el programa IBM-SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22.0 para Windows.

Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión en las distintas pruebas para determinar las características de la muestra.

Se estimaron las correlaciones entre la variable sensibilidad de procesamiento sensorial y el resto (calidad de vida, salud, impacto del dolor de cabeza y somatización) mediante el coeficiente de correlación de Pearson, utilizado para variables cuantitativas.

Además, se dicotomizó la variable cuantitativa sensibilidad de procesamiento sensorial y se dividió en dos grupos: baja sensibilidad (75-117) y alta sensibilidad (118-151). Se realizó una prueba t de Student para confirmar que la división en los dos grupos resultaba significativa. La prueba t es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias (Hernández, Fernández y Baptista, 2008). Para utilizar una prueba t se deben cumplir los supuestos de normalidad y homocedasticidad, por lo que previamente se comprobaron estos requisitos mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba de Levene, respectivamente.

Seguidamente, se realizó un contraste de medias mediante la prueba t de Student para dos muestras independientes con el objetivo de comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial en las distintas variables (calidad de vida, salud, impacto del dolor de cabeza y somatización). Para ello, en este caso también se confirmó antes, que se cumplieran los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Por último, se realizó una prueba t de Student para dos muestras independientes, para averiguar si existían diferencias significativas entre las medias de los hombres y las mujeres en la variable sensibilidad de procesamiento sensorial. Para ello, previamente se comprobó que se cumplieran los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Se estableció un nivel de significación estadística para los contrastes de hipótesis de 0,05.

RESULTADOS

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central y dispersión para cada una de las variables exploradas (la sensibilidad de procesamiento sensorial, la calidad de vida, la salud, el impacto del dolor de cabeza y la somatización), como se puede observar en la Tabla 1. En el Apéndice 9 (Tabla 5) se recogen las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en cada una de las pruebas.

Relación entre la sensibilidad de procesamiento sensorial y las variables de salud

Se calcularon las correlaciones entre sensibilidad de procesamiento sensorial y el resto de variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). En la Tabla 1 se muestran los valores de las correlaciones. La correlación entre la HSPS y el WHOQOL-BREF resultó significativa y negativa ($r=-,369$, $p<,05$), es decir, que a mayor sensibilidad de procesamiento sensorial, menor calidad de vida.

Entre la HSPS y el SF-36 se obtuvo una correlación negativa significativa ($r=-,483$, $p<,05$), o sea, que a mayor sensibilidad de procesamiento sensorial, menor salud.

Respecto a la HSPS y el HIT-6, su correlación fue significativa y positiva ($r=,416$, $p<,05$), por lo tanto, esto se podría interpretar como que, a mayor sensibilidad de procesamiento sensorial, mayor impacto del dolor de cabeza.

La escala de somatización (Sm) del LSB-50 correlacionó de forma positiva y significativa con la HSPS ($r=,438$, $p<,05$), de manera que una mayor sensibilidad de procesamiento sensorial estaría asociada a una mayor somatización.

Todas las correlaciones obtenidas se consideran de intensidad moderada.

Tabla 1

Medidas de tendencia central, dispersión y correlaciones entre sensibilidad de procesamiento sensorial, calidad de vida, salud, impacto del dolor de cabeza y somatización

	N	M	DT	HSPS (<i>r</i>)	<i>p</i>
HSPS	44	114,70	18,843	1	-
WHOQOL-BREF	44	95,66	12,287	-,369*	,014
SF-36	44	74,44	10,820	-,483**	,001
HIT-6	44	48,98	7,510	,416**	,005
LSB-50 (Sm)	44	54,91	21,489	,438**	,003

Nota. N: Número de sujetos de la muestra total; M: Media; DT: Desviación típica; *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: grado de significación. HSPS: Highly Sensitive Person Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Questionnaire; SF-36: Short Form Health Survey; HIT-6: Headache Impact Test; LSB-50(Sm): escala de Somatización del Listado de Síntomas Breve.

** La correlación es significativa al nivel de 0,01 (significación bilateral).

*La correlación es significativa al nivel de 0,05 (significación bilateral).

División de la variable sensibilidad de procesamiento sensorial en dos grupos: baja sensibilidad y alta sensibilidad

Se dicotomizó la variable cuantitativa sensibilidad de procesamiento sensorial (evaluada mediante la HSPS) y se crearon dos grupos: baja sensibilidad, con un rango de puntuaciones entre 75 y 117 (percentil 50) y alta sensibilidad, entre 118 y 151. Se realizó una prueba *t* de Student para confirmar que la división en los dos grupos resultaba significativa y así fue ($t=-9,075$, $p<,05$). Para llevar a cabo una prueba *t*, se deben cumplir los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Por ello, previamente se comprobó que se cumplía el requisito de normalidad, mediante la prueba de Shapiro-Wilk, que es el estadístico recomendado cuando el tamaño muestral es menor de 50 sujetos (Shapiro y Wilk, 1965). En este caso las puntuaciones en la HSPS seguían una distribución normal ($W=0,98$, $p=,627$), ya que la normalidad se cumple cuando $p>,05$. Se comprobó el supuesto de homocedasticidad mediante la prueba de Levene (basada en

el estadístico F de Snedecor) y se asumió igualdad de varianzas ($F=1,462$, $p=,233$). La prueba de Levene debe arrojar una significación mayor de 0,05 para que se cumpla el requisito de homocedasticidad (Rubio y Berlanga, 2012). En la Tabla 2 se presentan las medidas de tendencia central y dispersión de cada grupo, así como, el estadístico t y el p valor.

Tabla 2

División de las puntuaciones en la HSPS en dos grupos: baja y alta sensibilidad

HSPS	n	M	DT	t (p)
Baja sensibilidad	22	99,55	12,370	-9,075 (<,001)
Alta sensibilidad	22	129,86	9,618	

Nota. n: número de sujetos que forman cada grupo; M: Media; DT: Desviación típica; t: estadístico t; p: grado de significación; HSPS: Highly Sensitive Person Scale.

Diferencias entre baja y alta sensibilidad de procesamiento sensorial en las variables de salud

Se quiso averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de baja y alta sensibilidad en las distintas variables de salud. Para ello se realizó una prueba t de Student para dos muestras independientes con cada una de las variables. Previamente se comprobó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Saphiro-Wilk y el de homocedasticidad mediante la prueba de Levene.

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de alta y baja sensibilidad en cuanto al WHOQOL-BREF ($t=2,362$, $p<,05$). De manera que, el grupo de alta sensibilidad de procesamiento sensorial obtuvo puntuaciones más bajas en calidad de vida que el grupo de sensibilidad baja. Las puntuaciones del WHOQOL-BREF se ajustaron a la curva normal, según Saphiro-Wilk ($W=0,953$, $p=,069$). Sin embargo, en

este caso no se asumió igualdad de varianzas, ya que la prueba de Levene no confirmó homocedasticidad ($F=8,002$, $p=,007$). Aún así, la prueba t es muy robusta y aunque se incumpla alguno de los supuestos, el estadístico apenas varía, de modo que no fue necesario recurrir a pruebas alternativas (Pardo y San Martín, 2006).

En relación al SF-36, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo de baja y el de alta sensibilidad ($t=3,261$, $p<,05$). En este caso se confirmó que se cumplía el supuesto de normalidad mediante el test de Shapiro-Wilk ($W=0,976$, $p=,477$) y el de homocedasticidad mediante la prueba de Levene ($F=0,335$, $p=,566$). Por lo tanto, se consideró que el grupo de alta sensibilidad de procesamiento sensorial tenía menor salud que el grupo con puntuaciones más bajas en HSPS.

Respecto al HIT-6 se observaron diferencias significativas entre alta y baja sensibilidad ($t=-2,200$, $p<,05$), asumiendo normalidad para la distribución de sus puntuaciones ($W= 0,962$, $p=,152$) y homogeneidad de varianzas ($F=3,364$, $p=,074$). Así pues, el grupo de alta sensibilidad de procesamiento sensorial obtuvo unos valores más elevados en el impacto del dolor de cabeza que el grupo de baja sensibilidad.

Por último, respecto a la escala de Somatización del LSB-50 se encontraron diferencias significativas entre el grupo de baja y alta sensibilidad ($t=-2,412$, $p<,05$), cumpliéndose el supuesto de normalidad ($W=0,956$, $p=,095$) y asumiéndose igualdad de varianzas ($F=2,353$, $p=,133$). De este modo, se puede afirmar que los sujetos con alta sensibilidad de procesamiento sensorial puntuaron más alto en la variable somatización que los sujetos con baja sensibilidad. En la Tabla 3 se muestran los estadísticos descriptivos de tendencia central y dispersión, junto con los estadísticos t y los p valores:

Tabla 3

Diferencias entre el grupo de baja y alta sensibilidad de procesamiento sensorial en calidad de vida, salud, impacto del dolor de cabeza y somatización

		n	M	DT	t (p)
WHOQOL-BREF	Baja sensibilidad	22	99,82	9,006	2,362 (.024)
	Alta sensibilidad	22	91,50	13,849	
SF-36	Baja sensibilidad	22	79,25	9,167	3,261 (.002)
	Alta sensibilidad	22	69,63	10,357	
HIT-6	Baja sensibilidad	22	46,59	6,139	-2,200 (.033)
	Alta sensibilidad	22	51,36	8,116	
LSB-50 Sm	Baja sensibilidad	22	47,50	17,096	-2,412 (.020)
	Alta sensibilidad	22	62,32	23,200	

Nota. n: número de sujetos que forman cada grupo; M: Media; DT: Desviación típica; t: estadístico t; p: grado de significación. WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Questionnaire; SF-36: Short Form Health Survey; HIT-6: Headache Impact Test; LSB-50(Sm): escala de Somatización del Listado de Síntomas Breve.

Diferencias en sensibilidad de procesamiento sensorial según el género

Se realizó una prueba t de Student para dos muestras independientes y se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de hombres y el de mujeres en la variable sensibilidad de procesamiento sensorial ($t=-1,110$, $p>,05$). Previamente se comprobó que se cumplía el supuesto de normalidad, mediante la prueba de Shapiro-Wilk y se encontró que las puntuaciones se comportaban de manera normal ($W=0,98$, $p=,627$). También se comprobó la homocedasticidad mediante la Prueba de Levene, pudiéndose asumir la igualdad de varianzas ($F=2,832$, $p=,100$). En la Tabla 4 se muestran las medias y desviaciones típicas de los dos grupos, así como, el estadístico t y el p valor:

Tabla 4

Diferencias entre hombres y mujeres en sensibilidad de procesamiento sensorial

HSPS	n	M	DT	t (p)
Hombres	24	111,83	20,969	-1,110 (,273)
Mujeres	20	118,15	15,759	

Nota. n: número de sujetos que forman cada grupo; M: Media; DT: Desviación típica; t: estadístico t; p: grado de significación; HSPS: Highly Sensitive Person Scale.



DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados, se puede afirmar que se cumplen las hipótesis planteadas en la introducción. Respecto a la *Hipótesis 1*, la variable sensibilidad de procesamiento sensorial mantiene una correlación significativa negativa con la calidad de vida, es decir, que a mayor sensibilidad, menor calidad de vida, por lo que esta predicción se confirma. Además, en congruencia con la *Hipótesis 5*, se observan diferencias significativas entre el grupo de alta y baja sensibilidad en la variable calidad de vida. Cuando la variable SPS se dicotomiza, el grupo de alta sensibilidad obtiene menores puntuaciones en calidad de vida, comparado con el grupo de baja sensibilidad, confirmando aparentemente la conclusión anterior. Esto concuerda con los resultados hallados por otros autores, que también encuentran una correlación negativa entre la SPS y la calidad de vida para una muestra de estudiantes universitarios norteamericanos (Hanes, 2016).

En relación a la *Hipótesis 2*, se obtiene evidencia a su favor. La SPS está relacionada de forma negativa y significativa con la salud. Así pues, los individuos con alta sensibilidad tendrán una peor salud. En consonancia con la *Hipótesis 6*, si se considera la SPS como una variable dicotómica, se observan diferencias significativas entre los sujetos altos y bajos en SPS en la variable salud. El grupo de alta sensibilidad puntúa más bajo en salud que el grupo de baja sensibilidad, confirmando la conclusión anterior. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios. Benham (2006) obtuvo una correlación positiva significativa entre SPS y síntomas de mala salud en una muestra de características similares a la utilizada en esta investigación, estudiantes universitarios, si bien, estos eran norteamericanos.

La *Hipótesis 3* se confirma, ya que los datos arrojan una correlación positiva significativa entre la sensibilidad de procesamiento sensorial y el impacto del dolor de

cabeza, de lo que se desprende que las personas altamente sensibles tendrán un mayor impacto del dolor de cabeza. En relación a la *Hipótesis 7*, se puede apreciar que el grupo de alta sensibilidad difiere significativamente en sus puntuaciones respecto al de baja sensibilidad en la variable impacto del dolor de cabeza. Los individuos altos en sensibilidad presentan puntuaciones más elevadas en el impacto del dolor de cabeza. Los resultados obtenidos guardan relación con las afirmaciones de otros autores, que plantean una mayor tasa de cefaleas y migrañas en personas con alta SPS (Jawer, 2005).

La *Hipótesis 4* recibe apoyo. Se encuentra una correlación positiva significativa entre SPS y somatización, de manera que a mayor sensibilidad, mayor somatización. Respecto a la *Hipótesis 8*, que planteaba la existencia de diferencias significativas entre los sujetos con baja y alta sensibilidad en la variable somatización, se confirma. El grupo de individuos con alta sensibilidad muestra unas puntuaciones más elevadas en somatización, en relación al de baja sensibilidad, por lo que se refuerza la predicción anterior. No existen estudios que correlacionen estas dos variables de forma explícita. Sin embargo, los resultados obtenidos pueden mostrar una mayor propensión de las PAS a somatizar debido a su patrón particular, caracterizado por facilidad para la sobreactivación, bajo umbral sensorial, reactividad emocional y mayor percepción de estímulos sutiles (Aron, 2006).

Por último, en lo referente a la *Hipótesis 9*, los datos ponen de manifiesto que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable sensibilidad de procesamiento sensorial, como se conjeturaba al inicio del trabajo. No se han encontrado estudios que analicen la prevalencia inter-género, de modo que no podemos compararlo con otras conclusiones. Aron y Aron (1997) plantean que es un rasgo que aparece tanto en hombres como en mujeres, pero no se pronuncian acerca de si se da con mayor frecuencia en un sexo respecto al otro.

En relación a las limitaciones del estudio, se debe mencionar que el instrumento utilizado para medir la sensibilidad de procesamiento sensorial, la *Highly Sensitive Person Scale*, es una prueba que, a pesar de haber sido validada en población norteamericana obteniendo unas adecuadas propiedades psicométricas, todavía no ha sido validada en población española. No obstante, las coincidencias con las conclusiones de otros estudios y el tamaño muestral suficiente apuntan a cierta validez. Respecto al modo de reclutar a los participantes, se utilizó un muestreo incidental, es decir, no aleatorio, lo cual pudo afectar a la representatividad de la muestra. Otra cuestión a destacar es, que teniendo en cuenta que se siguió un diseño descriptivo, no se pueden extraer conclusiones sobre causalidad, puesto que no se manipuló ninguna variable.

Como futuras líneas de investigación, se propone seguir investigando sobre las PAS, pues se trata de un constructo relativamente reciente del que todavía se desconocen muchos aspectos. Concretamente, en España, tan solo se tiene constancia de un estudio sobre este tema (Dorado, 2016). En relación a esto, sería necesario validar la *Highly Sensitive Person Scale* en población española para poder continuar con la actividad investigadora en nuestro país sin restricciones metodológicas. Otra cuestión que resultaría interesante sería replicar este estudio contando con un mayor tamaño muestral y siguiendo una estrategia de muestreo probabilístico o aleatorio, para conseguir una mayor validez externa y poder generalizar los resultados con más garantías. Por último, se plantea seguir estudiando la relación entre SPS y las variables de salud, así como los mecanismos y procesos que intervienen. En esta misma línea, sería útil trabajar con modelos explicativos de tipo experimental y no solo correlacionales, a fin de intentar establecer relaciones causa-efecto.

Es importante matizar que la SPS no es un trastorno, es un rasgo temperamental. Sin embargo, puede tener implicaciones negativas para el bienestar de las personas que lo presentan. Por ello, resulta de especial relevancia informar de su existencia tanto a las personas afectadas como a la sociedad en general. Se ha observado que las personas con altos niveles de SPS se benefician más de la intervención psicológica (Nocentini, Menesini y Pluess, 2018; Pluess y Boniwell, 2015). Por tanto, resultaría conveniente diseñar intervenciones de carácter psicoeducativo para dotar a las PAS de un mayor conocimiento sobre su rasgo, prestarles asesoramiento sobre el manejo de este, proporcionarles estrategias para desarrollar su potencial y prevenir consecuencias negativas que puedan repercutir en su salud y calidad de vida.



REFERENCIAS

- Abuín, M.R. y de Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: El Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25, 131-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.001>
- Acevedo, B., Aron, A. y Aron, E.N. (2010). Association of sensory processing sensitivity when perceiving positive and negative emotional states. San Diego, CA: American Psychological Association.
- Acevedo, B., Aron, E.N., Aron, A., Sangster, M.D., Collins, N. y Brown, L. (2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain and Behavior*, 4(4), 580-594.
- Ad Hoc Committee on Classification of Headache (1962). Classification of headache. *Arch Neurol*, 6, 13-16.
- 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 (Barc)*, 104, 771-776.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Washington, DC: Autor.
- Aron, E.N. (1996). *The highly sensitive person: How to thrive when the world overwhelms you*. New York, NY:Broadway Books.
- Aron, E.N. y Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345-368.

- Aron, E.N. (2006). *El don de la sensibilidad. Las personas altamente sensibles*.
Barcelona: Obelisco.
- Aron, A., Ketay, S., Hedden, T., Aron, E.N., Markus, H.R., y Gabrieli, J.D. (2010).
Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural
differences in neural response. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(2-
3), 219-226.
- Aron, E.N., Aron, A., y Jagiellowicz, J. (2012). Sensory processing sensitivity: A
review in the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and
Social Psychology Review*, 16, 262–282.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S. y Cleary, P.D. (1988). The amplification of
somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 510-519.
- Benham, G. (2006). The highly sensitive person: Stress and physical symptom reports.
Personality and Individual Differences, 40(7), 1433-1440.
- Borries, F. (2012). *Do the "Highly Sensitive" exist? A taxonomic investigation of the
personality construct Sensory Processing Sensitivity* (Tesis doctoral). University
of Bielefeld, Bielefeld, Germany.
- Carr, M. y Nielsen, T. (2017). A novel differential susceptibility framework for the
study of nightmares: Evidence for trait sensory processing sensitivity. *Clinical
Psychology Review*, 58, 86-96.
- Castien, R.F., Blankenstein, A.H., Windt, D.A. van der y Dekker J. (2012). Minimal
clinically important change on the Headache Impact Test-6 questionnaire in
patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia*, 32(9), 710-714.

- Dorado, B. (2016). *Influencia de una exposición de arte sobre la ansiedad percibida en personas altamente sensibles*. (Trabajo de fin de Máster). Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390, 1211-1259.
- Hanes, A. (2016). *The impact of social anxiety and sensory processing sensitivity on quality of life*. (Tesis doctoral). Michigan School of Professional Psychology, Michigan.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.) México: Mc Graw Hill.
- Homberg, J.R., Schubert, D., Asan, E. y Aron E.N. (2016). Sensory processing sensitivity and serotonin gene variance: Insights into mechanisms shaping environmental sensitivity. *Neuroscience Biobehaviour Review*, 71, 472-483. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.09.029.
- Jagiellowicz, J., Aron, A., y Aron, E.N. (2012). Relationship between the temperament trait of sensory processing sensitivity and emotional reactivity. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 44(2), 185-199.

- Jagiellowicz J., Xu X., Aron A., Aron E., Cao G., Feng T. y Weng, X. (2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6, 38-47.
- Jawer, M. (2005). Environmental sensitivity: A neurobiological phenomenon? *Seminars in Integrative Medicine*, 3, 104–109.
- Jensen, R., Rasmussen, B.K., Pedersen, B. y Olensen, J. (1993). Cephalic Muscle Tenderness and pressure pain threshold in headache. *Pain*, 52, 193.
- Jonsson, K., Grim, K., y Kjellgren, A. (2014). Do highly sensitive persons experience more nonordinary states of consciousness during sensory isolation? *Social Behavior and Personality: An international journal*, 42, 1495-1506.
- Kapfhammer, H.P. (2001). Somatization and somatoform disorders: etiopathological models. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69, 58-77.
- Kleinman, A. (1983). The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *Journal of Family Practice*, 16(3), 539-545.
- Kosinski, M., Bayliss, M.S., Bjorner, J.B., Ware J.E. Jr, Garber W.H., Batenhorst, A.,...
Tepper, S. (2003). A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res*, 12, 963-974.
- Lipowski, Z.J. (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom*, 47, 160-167.

- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A.K., Möller, H.J., Hegerl, U. y Henkel, V. (2007). Depressive, Anxiety, and Somatoform Disorders in Primary Care. Prevalence and Recognition. *Depression and Anxiety*, 24, 185-195.
- Nocentini, A., Menesini, E. y Pluess, M. (2018). The personality trait of environmental sensitivity predicts children's positive response to school-based anti-bullying intervention. *Clinical Psychological Science*. doi: 10.1177/2167702618782194
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (3-20 de Mayo de 1966). *19ª Asamblea Mundial de la Salud*: parte I: resoluciones y decisiones: anexos. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Ontario, Canadá.
- Organización Mundial de la salud [World Health Organization] (2011). *Atlas of headache disorders and resources in the world 2011: A collaborative project of World Health Organization and Lifting the Burden*. Geneva, Switzerland: Author.
- Pardo, A. y San Martín, R. (2006). *Análisis de datos en psicología II*. Madrid: Pirámide.
- Pluess, M. y Boniwell, I. (2015). Sensory-Processing Sensitivity predicts treatment response to a school-based depression prevention program: evidence of vantage sensitivity. *Pers. Individ. Dif.*, 82 (0), 40-45. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.011

- Rivera, L. de y Abuín, M.R. (2012). El Listado de Síntomas Breve LSB-50. Madrid: TEA.
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M, García-Campayo, J. y Comas, A. (2009). Prevalence and commorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119 (1-3), 52-58.
- Rubio, J.M. y Berlanga,V. (2012). Cómo aplicar las pruebas paramétricas bivariadas t de Student y ANOVA en SPSS. Caso práctico. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 5(2), 83-100. doi:10.1344/reire2012.5.2527
- Schneider, A., Hörlein, E., Wartner, E., Schumann, I., Henningsen, P. y Linde, K. (2011). Unlimited acces to health care-impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. *BMC Family Practice*, 12, 51.
- Shapiro, S.S. y Wilk, M.B. (1965). An analysis of variance test for normality (Complete samples) *Biometrika*, 52(3-4), 591-611.
- Simon, G. y Von Korff, M. (1991). Somatization and Psychiatric Disorders in the epidemiological study area of the National Institute of Mental Health. *Am J Psychiatry*, 148, 1494-1500
- Smolewska, K.A., McCabe, S.B., y Woody, E.Z. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1269-1279.
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1573.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda G., Quintana, J.M.,
...Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de
experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 19, 135-150.

Ware, J.E. Jr & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey
(SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-83.





APÉNDICES

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

1. Edad: _____

2. Sexo: Hombre Mujer

3. Titulación: _____

4. A lo largo de tu vida, ¿has estado alguna vez en tratamiento psicológico o psiquiátrico? Sí No
 En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

5. ¿Padeces actualmente alguna enfermedad crónica o aguda?

Sí No Especificar: _____

6. ¿Consideras tener problemas de memoria? Sí No
 (En caso de marcar "No", pasa a la cuestión 7)

¿Con qué frecuencia has experimentado dichos problemas de memoria?

Ocasionalmente A menudo Siempre

¿Cuál es el grado de interferencia en la vida cotidiana que te han generado tales problemas de memoria?

Ninguna Poca Moderada Mucha

¿Te has planteado alguna vez la necesidad de acudir a consulta profesional por dichos problemas de memoria? Sí No

7. ¿Estás tomando alguna medicación actualmente? Sí No
 Especificar: _____

¿y algún fármaco o suplemento para favorecer la memorización?
 Sí No Especificar: _____

8. ¿Sueles realizar ejercicio físico? Sí No

¿Qué tipo de ejercicio físico realizas con más frecuencia?

Marca cuántos días a la semana practicas dicho ejercicio:

1-2 días	3-4 días	5-6 días	Todos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marca cuántas horas/día realizas el ejercicio cuando lo practicas:

Menos de 1 hora	1 hora	2 horas	3 horas	Más de 3 horas
<input type="checkbox"/>				

9. Marca la frecuencia de consumo de las siguientes sustancias:

Sustancia	Todos los días	5-3 días/ semana	2-1 días/ semana	1-3 días/ mes	Nunca
Alcohol	<input type="checkbox"/>				
Cannabis	<input type="checkbox"/>				
Tabaco	<input type="checkbox"/>				
Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/>				
Opiáceos	<input type="checkbox"/>				
Cocaína	<input type="checkbox"/>				
Drogas de diseño	<input type="checkbox"/>				
Cafeína (café, refrescos de cola)	<input type="checkbox"/>				

En promedio, indica de cada sustancia, la cantidad que consumes un día de consumo habitual:

Sustancia	Cantidad (unidad de medida)
Alcohol	..... (UBE)*
Cannabis	.....(unidades)
Tabaco	.....(unidades)
Benzodiazepinas	.....(mg/día)
Opiáceos	.....(mg/día)
Cocaína	.....(gramos)
Drogas de diseño	.....(unidades)
Café (con cafeína)	.....(tazas)
Café (descafeinado)	.....(tazas)
Refresco de cola (cafeína)	.....(vasos)

* Unidad de medida
 1 UBE (equivale a):
 200 ml cerveza (1 caña o quinto), o 100 ml vino (vaso pequeño), o 50 ml de vino generoso (jerez), o 50 ml cava (1 copa), o 25 ml licor (1 carajillo)
 2 UBE (equivale a):
 1 copa coñac (50 ml), o 1 combinado (50 ml) o 1 vermut (100 ml), o 1 whisky (50 ml)

Ejemplo: Cada vez que salgo bebo 1 caña (1 UBE) y 1 whisky (2 UBE). Total: 3 UBE
 Cada vez que salgo bebo 2 whiskys (2 UBE + 2 UBE). Total: 4 UBE

Highly Sensitive Person Scale (HSPS)

A continuación, conteste a las siguientes preguntas según se detalla más abajo. No hay respuestas buenas o malas, conteste según le suceda a usted.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1-Me afecta el comportamiento, estado de ánimo, de los demás.							
2-Tengo la sensación de ser consciente de cosas muy sutiles en mi entorno.							
3-Suelo ser muy sensible al dolor.							
4-En los días ajetreados, suelo tener necesidad de retirarme, de echarme en la cama, buscar una habitación en penumbra o cualquier otro lugar donde pueda encontrar algo de tranquilidad y alivio frente a la estimulación.							
5-Soy particularmente sensible a los efectos de la cafeína.							
6-Me abruman fácilmente las cosas como las luces brillantes, los olores fuertes, los tejidos bastos o las sirenas de policía o ambulancias.							
7-Los ruidos fuertes me hacen sentir incómodo/a.							
8-Tengo una vida interior rica y compleja, doy muchas vueltas a las cosas.							
9-Me conmueven profundamente las artes o la música.							
10-Soy muy concienzudo/a.							
11-Me asusto con facilidad.							
12-Me agobio cuando tengo muchas cosas que hacer en poco tiempo.							
13-Cuando alguien se siente a disgusto en un entorno físico, suelo saber lo que hay que hacer para hacerle sentir más cómodo (como cambiar la luz o los asientos).							
14-Me molesta que los demás pretendan que haga demasiadas cosas a la vez.							
15-Me esfuerzo mucho por no cometer errores u olvidarme de algo.							
16-Suelo evitar las películas y las series violentas.							
17-Me resulta desagradable la activación que me provoca el ajeteo a mi alrededor.							

18-Los cambios en la vida me conmocionan (mudanzas, cambio trabajo, separación, nacimiento, muerte...).							
19-Suelo percibir y disfrutar de las buenas esencias, sabores, sonidos y obras de arte.							
20-Para mí tiene mucha importancia disponer mi vida de modo que pueda evitarme situaciones perturbadoras o abrumadoras.							
21-Cuando tengo que competir o al ser observado/a en la ejecución de una tarea, me pongo tan nervioso/a e inseguro/a que termino haciéndolo peor de lo que podría hacerlo.							
22-Cuando era niño/a, mis padres o mis profesores me solían ver como una persona sensible o tímido/a.							
23- ¿Te resulta desagradable que haya muchas cosas a la vez?							
24- Te molestan los estímulos intensos, como ruidos fuertes o escenas caóticas.							
25- Tener mucha hambre crea una fuerte reacción en ti, interrumpiendo tu concentración o estado de ánimo.							
26-Te abrumas fácilmente por una fuerte entrada sensorial.							
27-En ocasiones te sientes tan cansado (crispado) que tienes que marcharte.							



WHOQOL-BREF

Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor, conteste todas la preguntas.** Si no está seguro sobre qué respuesta dar a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas.** Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala para cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho o bien feliz** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> 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?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué 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	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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 se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas

HIT-6

INSTRUCCIONES: En cada pregunta debe marcar con una cruz la casilla que corresponda a su respuesta.

1. Cuando usted tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia el dolor es intenso?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

2. ¿Con qué frecuencia el dolor de cabeza limita su capacidad para realizar actividades diarias habituales como las tareas domésticas, el trabajo, los estudios o actividades sociales?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

3. Cuando tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia desearía poder acostarse?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansada/o para trabajar o realizar las actividades diarias debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

5. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido harta/o o irritada/o debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza ha limitado su capacidad para concentrarse en el trabajo o en las actividades diarias?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

Listado de Síntomas Breve (LSB-50)

Valore el grado en que ha tenido cada uno de los siguientes síntomas en las últimas semanas.

	0	1	2	3	4
	Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1					0 1 2 3 4
2					0 1 2 3 4
3					0 1 2 3 4
4					0 1 2 3 4
5					0 1 2 3 4
6					0 1 2 3 4
7					0 1 2 3 4
8					0 1 2 3 4
9					0 1 2 3 4
10					0 1 2 3 4
11					0 1 2 3 4
12					0 1 2 3 4
13					0 1 2 3 4
14					0 1 2 3 4
15					0 1 2 3 4
16					0 1 2 3 4
17					0 1 2 3 4
18					0 1 2 3 4
19					0 1 2 3 4
20					0 1 2 3 4
21					0 1 2 3 4
22					0 1 2 3 4
23					0 1 2 3 4
24					0 1 2 3 4
25					0 1 2 3 4
26					0 1 2 3 4
27					0 1 2 3 4
28					0 1 2 3 4
29					0 1 2 3 4
30					0 1 2 3 4
31					0 1 2 3 4
32					0 1 2 3 4
33					0 1 2 3 4
34					0 1 2 3 4
35					0 1 2 3 4
36					0 1 2 3 4
37					0 1 2 3 4
38					0 1 2 3 4
39					0 1 2 3 4
40					0 1 2 3 4
41					0 1 2 3 4
42					0 1 2 3 4
43					0 1 2 3 4
44					0 1 2 3 4
45					0 1 2 3 4
46					0 1 2 3 4
47					0 1 2 3 4
48					0 1 2 3 4
49					0 1 2 3 4
50					0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.

APÉNDICE 7



Dra. Dña. Olga Pellicer Porcar
Dpto. Psicología de la Salud

361/2019

Elche, a 17 de julio de 2019

Investigador Principal	Olga Pellicer Porcar	
Tipo de actividad	Otros	
Título del proyecto	Personalidad altamente sensible. Relación con variables cognitivas y psicológicas	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	Laboratorio seco (edificio Altamira)	
Evaluación Riesgos Laborales	Conforme (Autodeclaración)	
Evaluación Ética	Aprobado	
Registro	2019.273.E.OIR; 2019.339.E.OIR	
Referencia	DPS.OPP.01.19	
Caducidad	5 años	

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La evaluación ética del proyecto ha resultado favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del OEP es favorable.

Atentamente,

**ALBERTO|
PASTOR|
CAMPOS**
Firmado digitalmente
por ALBERTO|
PASTOR|CAMPOS
Fecha: 2019.07.17
12:58:14 +02'00'

Alberto Pastor Campos
Secretario del Órgano Evaluador de Proyectos
Vicerrectorado de Investigación

**DOMINGO
LUIS|OROZCO|
BELTRAN**
Firmado digitalmente
por DOMINGO LUIS|
OROZCO|BELTRAN
Fecha: 2019.07.17
14:28:00 +02'00'

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del Órgano Evaluador de Proyectos
Vicerrectorado de Investigación

Página 1 de 2

Órgano Evaluador de Proyectos
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
COGNITIVAS Y PSICOLÓGICAS**

D. de
 años de edad, con domicilio en

DECLARO:

1.- Descripción:

Entiendo que la Dra. Olga Pellicer Porcar, profesora de la Universidad Miguel Hernández de Elche está realizando esta investigación con el fin hallar correlaciones entre personalidad y variables cognitivas y psicológicas.

Entiendo además que se recogerán datos de forma totalmente confidencial a través de autoinformes, pruebas de memoria y pruebas fisiológicas (presión arterial y frecuencia cardíaca). Además, se someterá a un estresor físico (meter la mano en agua fría) y social (ser grabado mientras se realiza dicha acción).

Entiendo que se trata de un estudio exploratorio donde no se realizará ninguna intervención o tratamiento invasivo, únicamente se recogerán los datos utilizando varios autoinformes, pruebas de memoria y fisiológicas. Se facilitará la información mediante un informe breve a los participantes, si estos lo desean.

2.- Beneficios que se espera alcanzar/Riesgos:

Entiendo que existen ciertos beneficios directos para mí al acordar participar en este estudio, tales como son: un informe breve de los resultados. Además de contribuir a la investigación científica y cuyos resultados me podrían beneficiar a mí y al resto de la población. No hay riesgos.

3.-Costos y Pagos de los Participantes:

Entiendo que no se recibirá ningún pago y que no tendrá ningún coste la participación.

Yo no recibiré ninguna compensación económica ni otros beneficios, sin embargo, si las investigaciones tuvieran éxito, podría ayudar en el futuro a otras personas, evitando muchas veces el exceso de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o clínicos.

4.- Alternativas razonables

Entiendo que esta es la forma más sencilla para evaluar las variables que se quieren medir en esta investigación. Otras alternativas incluyen procedimientos similares con cuestionarios distintos.

5.- Consecuencias previsibles de su realización y de la no realización

Si decido libre y voluntariamente permitir la evaluación de mis datos, tendré derecho a decidir ser o no informado de los resultados de la investigación, si es que ésta se lleva a cabo.

La decisión de permitir el análisis de mis datos es totalmente voluntaria, pudiendo negarme e incluso pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación.

6.- Riesgos frecuentes y poco frecuentes

La evaluación de mis datos demográficos, psicológicos y cognitivos nunca supondrá un riesgo adicional para mi salud.

7.- Protección de datos personales y confidencialidad.

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada en una base de datos informatizada cumpliendo con las garantías que establece el Reglamento General de

Protección de Datos, así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

La cesión a otros centros de investigación de la información contenida en las bases de datos se realizará mediante un procedimiento de disociación por el que se generará un código de identificación que impida que se me pueda identificar directa o indirectamente.

Asimismo, se me ha informado que tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si decidiera revocar el consentimiento que ahora presto, mis datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado mi consentimiento, si bien, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte de la investigación.

Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar, aunque deje de participar en el ensayo para garantizar la validez de la investigación. Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Yo entiendo que:

Mi elección es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Otorgo mi consentimiento para que el departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández utilice mis datos para investigaciones psicológicas, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el psicólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Observaciones:
.....

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **CONSIENTO PERMITIR EL USO DE MIS DATOS PARA INVESTIGACIÓN.**

Ena.....de de 2019.

Firma del participante

Fdo.:

(Nombre y dos apellidos)

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIO DE PERSONALIDAD Y
VARIABLES COGNITIVAS Y PSICOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN**

D./D^a como
participante de años de edad, con domicilio en
.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... , que doy con
esta fecha por finalizado, sin tener que dar explicaciones.

En.....a.....de de 2019.

Firma del participante

Firma de un testigo

Firma del investigador



Fdo.:

Fdo.:.....

Fdo.:.....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

Datos de contacto

- **Investigadora principal:** Olga Pellicer Porcar
- **Teléfono:** 966658974
- **Fax:** 966658994
- **Correo electrónico:** o.pellicer@umh.es

Tabla 5

Puntuaciones de la muestra en HSPS, WHOQOL-BREF, SF-36, HIT-6 y LSB-50 (Sm)

Sujeto	HSPS	WHOQOL-BREF	SF-36	HIT-6	LSB-50(Sm)
1	103	89	78,89	50	45
2	95	105	93,61	36	35
3	138	93	68,47	62	70
4	91	90	84,21	42	35
5	119	103	84,31	42	45
6	116	91	81,76	52	60
7	117	102	83,56	43	70
8	124	79	46,71	56	96
9	138	111	63,38	40	60
10	121	98	75,51	49	45
11	87	111	88,47	42	20
12	107	100	73,42	53	50
13	104	90	58,42	40	80
14	107	82	60,27	54	35
15	85	104	74,72	55	50
16	121	101	69,44	58	70
17	103	101	73,79	58	65
18	113	85	78,93	53	50
19	75	105	91,9	44	70
20	107	109	82,98	42	25
21	86	102	84,86	36	20
22	133	103	71,8	57	95
23	117	99	68,56	45	50
24	129	71	61,85	55	90
25	96	105	85	46	50
26	151	67	58	64	95
27	129	78	57,22	49	50
28	141	86	63,47	62	85
29	101	117	88,61	50	50
30	130	113	90,83	44	15
31	78	97	74,3	44	50
32	120	74	69,03	43	50
33	123	100	77,45	46	20
34	121	75	65,42	48	60
35	124	96	80	46	50
36	119	106	79,12	47	50
37	98	102	71,94	51	65
38	125	93	63,89	67	70
39	145	79	71,99	42	35
40	143	99	74,77	50	85
41	112	112	84,03	42	50
42	124	82	58,43	44	70
43	139	106	80,93	59	65
44	92	98	81,34	47	20

Nota. HSPS: Highly Sensitive Person Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Questionnaire; SF-36: Short Form Health Survey; HIT-6: Headache Impact Test; LSB-50(Sm): escala de Somatización del Listado de Síntomas Breve.