

Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes

Carolien Rieffe, Lidón Villanueva*, Juan E. Adrián* y Ana B. Górriz*
Leiden University (The Netherlands) y * Universitat Jaume I de Castellón

Las quejas somáticas constituyen un problema frecuente en adolescentes, aunque sólo en algunos casos es posible encontrar una causa médica clara. Por ello, existe una atención creciente hacia los factores psicológicos que podrían estar relacionados. Dos áreas del funcionamiento emocional son los principales referentes a este respecto: estados de ánimo negativos y conciencia emocional. En este trabajo se analizaba si la conciencia emocional contribuía a la predicción de las quejas somáticas, independientemente del estado de ánimo. Los participantes en este estudio, 441 adolescentes entre los 13 y los 15 años de edad, cumplimentaron cuestionarios de autoinforme sobre quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional. Los resultados mostraron que la conciencia emocional presentaba una limitada contribución independiente en la predicción de quejas somáticas. Esta contribución estaba moderada por los estados de ánimo, a excepción de dos aspectos de la conciencia emocional: conciencia corporal de las emociones y predisposición a tener en cuenta las emociones de los demás. Estos resultados refuerzan la hipótesis de que la conciencia emocional precede a los estados afectivos, los cuales, a su vez, poseen un efecto en la percepción que los jóvenes tienen sobre su salud.

Somatic complaints, mood states, and emotional awareness in adolescents. Health complaints are a common problem in adolescents, but a medical cause can only be found in few cases. Therefore, increasing attention is paid to psychological factors that might be related. Two areas of emotional functioning are frequently referred to in this respect: negative mood and emotional awareness. In this study, we examined whether emotional awareness contributes uniquely to the prediction of somatic complaints over and above negative mood. Self-report questionnaires of somatic complaints, mood states, and emotional awareness were completed in class by 441 adolescents, between 13 and 15 years old. Results showed that emotional awareness only presents a limited unique contribution to the prediction of somatic complaints. This contribution is moderated by mood states, except for two aspects of emotional awareness: bodily awareness of emotions and attending to others' emotions. This strengthens the hypothesis that emotional awareness precedes affective states, which, in turn, have an effect on youngsters' health perceptions.

Las quejas somáticas en niños y adolescentes constituyen un grave y frecuente problema. Entre los 8 y los 14 años de edad, aproximadamente un tercio de los menores se queja de dolor al menos una vez a la semana (Perquin et al., 2000; Petersen, Brulin y Bergström, 2006). La mayoría de estos menores deberá sufrir pruebas médicas invasivas, perdiendo de esta manera jornadas escolares y tiempo de ocio. Además, apenas en el 10% de los menores que inicia este periplo médico, es posible encontrar una causa médica clara (Edwards, Mullins, Johnson y Bernardy, 1994). Todo ello suscita la pregunta de si existen otros factores, además de los puramente médicos, que pudieran estar implicados en estos procesos. En este estudio se analizan dos de estos posibles factores, am-

bos pertenecientes al área del funcionamiento emocional, analizados en la literatura por su relación con las quejas somáticas autoinformadas por adolescentes: el estado de ánimo negativo y la conciencia emocional.

Numerosos estudios con adultos han establecido una relación entre quejas somáticas y estados de ánimo negativos. Recientemente, se ha encontrado también esta asociación en niños y adolescentes. Los estados de ánimo negativos y crónicos, como los síntomas de depresión y ansiedad, se encuentran relacionados de forma repetida con quejas somáticas, tanto en adultos como en menores (Campo, Bridge, Ehmann, Altman, Lucas, Birmaher et al., 2004; Rieffe et al., 2007a). La cuestión es cómo se relacionan estos dos conceptos: quejas somáticas y estados de ánimo negativos. Existen dos supuestos teóricos que cabría destacar a este respecto.

En primer lugar, se sugiere que los estados de ánimo negativos surgen cuando las emociones negativas no se afrontan adecuadamente. Aquí se realiza la distinción entre *estados de ánimo* (estados afectivos globales, sin causa, objeto o inicio concreto) y *emociones* (estados afectivos que se encuentran ligados causalmente con un acontecimiento o situación específicos) (Scherer, 2000). Se

asume que los estados de ánimo son reminiscencias de estas emociones, los cuales aumentan las posibilidades de niveles de estrés altos y prolongados. Actualmente, está ampliamente aceptado que tanto los estados de ánimo negativos de larga duración, como el estrés crónico y grave, poseen un efecto negativo en el funcionamiento biológico de las personas, pudiendo causar a largo plazo defectos orgánicos irreversibles (Segerstrom y Miller, 2004; Bhatia y Tandon, 2005).

En segundo lugar, un prerrequisito para una regulación emocional adaptativa –que prevenga la aparición de estados de ánimo negativos– es la conciencia emocional (Lambie y Marcel, 2002). La conciencia emocional se define por Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt y Ly (2008) como un proceso atencional que sirve para monitorizar y diferenciar las emociones, localizar sus antecedentes e incluso ignorar la activación física que forma parte de la experiencia emocional, como la tensión en el área abdominal. La conciencia emocional incluye también aspectos actitudinales, como la forma en que las experiencias y expresiones emocionales son detectadas en uno mismo y en los demás. La conciencia emocional se solapa conceptualmente de forma parcial con el concepto de alexitimia, creado por Sifneos (1996), quien lo observó en pacientes que acudían con trastornos de somatización. Los rasgos principales de la alexitimia, reconocidos empíricamente, pueden describirse como una habilidad limitada para reconocer y verbalizar las propias emociones (para una revisión general véase, por ejemplo, Kooiman, Spinhoven y Trijsburg, 2002). Estos dos rasgos de la alexitimia, estadísticamente más potentes, muestran un cierto solapamiento conceptual con la parte atencional de la conciencia emocional y se encuentran asimismo representados en el cuestionario que evalúa la conciencia emocional (Rieffe et al., 2008).

La relación entre las quejas somáticas provenientes de autoinforme y la alexitimia ha sido confirmada en población infantil y adolescente, aunque se encontraba restringida de hecho a los dos primeros factores: la diferenciación y comunicación de emociones (Rieffe, Oosterveld y Meerum Terwogt, 2006), y la relación entre quejas somáticas y conciencia emocional (Jellesma, Rieffe, Meerum Terwogt y Kneepkens, 2006; Rieffe et al., 2007b; 2008). Estos estudios comprobaron de forma consistente que especialmente dos aspectos atencionales de la conciencia emocional –a) la incapacidad para diferenciar entre diferentes emociones, y b) una fuerte conciencia de síntomas corporales durante la experiencia emocional– contribuían de forma independiente a la predicción de quejas somáticas. Asimismo, una falta de predisposición para atender a las propias emociones –aspecto actitudinal de la conciencia emocional– también predecía una mayor frecuencia de quejas somáticas (Rieffe et al., 2008), mientras que un aumento de la atención a las emociones de los demás predecía más quejas somáticas en adolescentes (Rieffe et al., 2007b). Sin embargo, estos resultados podrían explicarse parcialmente por los efectos de una tercera variable, el estado de ánimo negativo, que no se tuvo en cuenta en estos estudios. En definitiva, las quejas somáticas autoinformadas, los estados de ánimo negativos y la conciencia emocional parecen estar íntimamente entrelazados.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue examinar la contribución de la conciencia emocional a la predicción de quejas somáticas, independientemente de los estados de ánimo negativos, en una población de adolescentes y a través de cuestionarios de autoinforme. Se eligió el rango de edad de los 13 a los 15 años, ya que a esta edad los adolescentes son capaces de reflejar adecuadamente sus propios estados mentales y emocionales (Harris, 1989). En

primer lugar, se analizaron los estados de ánimo que podían contribuir a la predicción de quejas somáticas autoinformadas, utilizando análisis correlacionales y de regresión. Para ello, se utilizaron los cuatro estados afectivos básicos: Felicidad, Enfado, Tristeza y Miedo. Se esperaba que todos los estados de ánimo negativos estuvieran asociados de forma positiva a las quejas somáticas (a excepción del estado de Felicidad, para el cual se esperaba la relación inversa), y que todos ellos contribuyeran a su predicción.

En segundo lugar, se analizaron qué aspectos del procesamiento emocional contribuían a las quejas somáticas independientemente de los estados de ánimo, utilizando análisis de regresión jerárquica. Por lo tanto, en primer lugar se añadieron al análisis de regresión los cuatro estados de ánimo, mientras que en el segundo paso se añadieron los seis aspectos clave de la conciencia emocional identificados por Rieffe et al. (2007b; 2008). Basándose en resultados previos se hipotetizó que una incapacidad para diferenciar emociones y localizar sus antecedentes, una fuerte tendencia a tener en cuenta los síntomas corporales que forman parte de la experiencia emocional, así como la falta de predisposición para atender a las emociones propias, contribuirían significativamente a la predicción de quejas somáticas autoinformadas. El hecho de tener en cuenta las emociones de los demás únicamente se mostró significativo en adolescentes, pero no en niños de Educación Primaria (Rieffe et al., 2007b). Dado que los participantes en este estudio también eran adolescentes, se esperaba asimismo que una fuerte predisposición a tener en cuenta las emociones de los demás contribuyera a un mayor número de quejas somáticas autoinformadas.

Se tuvo en cuenta la variable género, sin embargo, no se pudieron formular hipótesis basadas en la bibliografía existente, a excepción del hecho de que se esperaba que las chicas informaran de quejas somáticas más frecuentes, lo cual resulta evidente en todos los estudios basados en poblaciones amplias de diversos países (Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000; Perquin et al., 2000; Sundblad, Saartok y Engstrom, 2007; Stanford, Chambers, Biesanz y Chen, 2008).

Método

Participantes

Un total de 441 adolescentes formaron parte de este estudio. La población estaba compuesta por 220 chicas (49,88%) y 221 chicos (50,11%), con una edad media de 13.8 años (rango de edad 13.0-15.1) y nivel socioeconómico medio. De ellos, 238 cursaban 2º curso de Educación Secundaria Obligatoria (13-14 años) y 203 cursaban 3.º curso de Educación Secundaria Obligatoria (14-15 años). Con anterioridad al estudio se obtuvo el permiso paterno para participar. Únicamente 5 familias rehusaron dar permiso a los menores.

Instrumentos

El Listado de Quejas Somáticas (SCL; Rieffe et al., 2006; 2007a) se desarrolló con el objetivo de identificar la frecuencia con que los menores experimentan y sienten dolor. Diseñado para niños a partir de los 8 años de edad, y formado por 11 ítems, el SCL pide a los participantes que puntúen la frecuencia con la que experimentan ciertas quejas corporales, como el dolor de estómago, en una escala de tres puntos (1= nunca, 2= a veces, 3= a me-

nudo). Dos de los ítems están formulados en sentido positivo, por lo tanto, su puntuación es inversa al resto. Este listado ha demostrado una buena fiabilidad en estudios previos (coeficiente alpha de Cronbach .84; Rieffe et al., 2006; 2007a), lo cual ha sido replicado en el presente estudio (tabla 1).

El Cuestionario de Estados de Ánimo (Rieffe, Meerum Terwogt y Bosch, 2004), diseñado para niños a partir de los 8 años de edad, está formado por 20 ítems que representan las cuatro estados de ánimo: Felicidad, Enfado, Tristeza y Miedo. La pregunta era la siguiente: «¿Cómo te has sentido en las últimas cuatro semanas?». Se pedía a los menores que puntuaran cada uno de los ítems en una escala de tres puntos. En la versión original holandesa cada estado de ánimo estaba representado por cuatro ítems. Se incluyeron además cuatro ítems adicionales de distracción, de tono positivo, para que la impresión global no fuera demasiado negativa para los menores. Se estableció la estructura interna de las escalas de la versión española a través del Análisis factorial de Componentes Principales (ACP). En concreto, se utilizó la rotación oblimin, ya que la restricción de escalas independientes se consideró demasiado estricta. El ACP sobre los 16 ítems limitando el número de factores a los cuatro citados anteriormente (tabla 2) muestra que todos los ítems saturaron por encima de .40. Las escalas mostraron una buena consistencia interna (tabla 1) (coeficiente alpha de Cronbach > .77; Rieffe et al., 2006). Por su parte, las correlaciones entre las escalas fueron moderadamente altas, tal como se esperaba, oscilando entre -.17 (Felicidad × Miedo) y .52 (Tristeza × Miedo).

El Cuestionario de Conciencia Emocional (EAQ) (Rieffe et al., 2007b; 2008), diseñado para niños a partir de 8 años de edad, está formado por 30 ítems, y presenta una estructura de 6 factores clave de la conciencia emocional: (1) diferenciar emociones, (2) compartir emociones verbalmente, (3) no esconder emociones, (4) conciencia corporal de las emociones, (5) tener en cuenta las emociones de los demás, y (6) análisis de las propias emociones. Veinte ítems se formularon en sentido negativo y, por lo tanto, su puntuación fue inversa al resto. Se pidió a los participantes que valoraran en una escala de tres puntos (1= nunca, 2= a veces, 3= a menudo) el grado en que cada ítem era cierto en su caso. Una puntuación alta significaba una mayor presencia de esa habilidad, a excepción de la escala Conciencia Corporal, en la cual una puntuación alta implicaba una menor predisposición a tener en cuenta

	Nº de ítems	Alpha
SCL	11	.78
<i>Estados de ánimo</i>		
Tristeza	4	.78
Miedo	4	.71
Enfado	4	.79
Felicidad	4	.78
<i>Escalas EAQ</i>		
Diferenciar emociones	7	.70
Compartir verbalmente	3	.70
No esconder	5	.71
Conciencia corporal	5	.73
Emociones demás	5	.69
Análisis de emociones	5	.67

síntomas físicos. El ACP sobre los 30 ítems limitando el número de factores a los 6 citados anteriormente mostró que todos los ítems saturaban por encima de .40 en los factores clave (oscilando entre .49 y .80, a excepción de un ítem que saturaba .36, lo cual se consideró igualmente adecuado). Además, todas las escalas mostraron una buena consistencia interna en estudios previos (coeficiente alpha de Cronbach entre .74 - .77; Rieffe et al., 2008), lo cual se confirmó también en el caso de la traducción española del cuestionario (tabla 1).

Procedimiento

Los tres cuestionarios utilizados en este estudio fueron diseñados originariamente en holandés, aunque las versiones validadas en inglés también se encontraban disponibles. El Listado de Quejas somáticas (SCL) y el Cuestionario de Conciencia Emocional (EAQ) fueron traducidos del inglés al castellano por una nativa española y revisados por un equipo de profesores españoles de Primaria. Posteriormente, la versión española se volvió a traducir al inglés y esta versión se comparó con los cuestionarios originales. Se encontraron algunas inconsistencias, las cuales se resolvieron a través de discusión.

Estos cuestionarios se administraron en veinte aulas de dos institutos públicos de Educación Secundaria de la ciudad de Castellón, lo cual les llevó a los participantes aproximadamente 30 minutos.

Resultados

En primer lugar, se calcularon las correlaciones Pearson. La tabla 3 muestra cómo las correlaciones entre el Listado de Quejas Somáticas (SCL) y las cuatro escalas del Cuestionario de Estados de Ánimo van en la dirección esperada (positivas para los estados negativos Enfado, Tristeza y Miedo; negativa para el estado positivo de Felicidad). Asimismo, las correlaciones entre el SCL y las seis escalas del EAQ también fueron las esperadas, y confirmaron

Tabla 2
Cuestionario de Estados de Ánimo y pesos factoriales del ACP

Número ítem	Miedo	Felicidad	Enfado	Tristeza
2 Feliz		.755		
3 Contento		.754		
9 Animado		.719		
18 Alegre		.832		
1 Asustado	.746			
12 Aterrorizado	.829			
15 Nervioso	.778			
17 Miedo	.454			
5 Triste				.656
8 Desgraciado				.852
11 Infeliz				.636
16 Deprimido				.739
4 Enfadado			.710	
7 Malhumorado			.761	
10 Furioso			.814	
14 Cabreado			.840	

Sólo se presentan en la tabla los pesos factoriales >.40

resultados previos obtenidos en la población holandesa (Rieffe et al., 2008). Únicamente la escala Análisis de Emociones no correlacionaba con las quejas somáticas. A su vez, el análisis de regresión simple con las quejas somáticas (SCL) como variable criterio, y las seis escalas del EAQ como predictoras, también confirmó resultados previos ($R^2_{adj} = .18$, contribuciones significativas en la predicción de SCL de las escalas: Diferenciar (Beta= -.19), Conciencia corporal (Beta= -.27), Emociones de los demás (Beta= .11) y Análisis de Emociones (Beta= -.10).

En segundo lugar, se analizaron qué factores de la conciencia emocional influían en la frecuencia de quejas somáticas autoinformadas más allá de la influencia del estado de ánimo. Se llevó a cabo un análisis de regresión, con el SCL como variable criterio,

siendo introducidos en un primer paso los cuatros estados de ánimo, y en un segundo paso, las seis escalas del EAQ. Los coeficientes beta estandarizados aparecen en la tabla 4. Puede comprobarse que los niveles más altos de Tristeza, Miedo y Enfado contribuían significativamente a la predicción de SCL en el paso 1, mientras que este patrón era el inverso para Felicidad. Cuando se examinaron de forma separada los resultados de los chicos y las chicas parece ser que en el caso de los chicos los estados de Enfado, Miedo y Felicidad resultaron ser fuertes predictores, mientras que en el caso de las chicas lo fue la Tristeza y el Miedo.

Con la inclusión de las escalas del EAQ en el paso 2 se produjo un incremento significativo de la varianza explicada. Todos los estados afectivos mantuvieron su contribución independiente en la predicción de las quejas somáticas. Sin embargo, únicamente dos escalas de las seis del EAQ realizaron contribuciones significativas: Conciencia corporal y Emociones de los demás. Una mayor atención a los síntomas físicos como parte de la experiencia emocional (Conciencia corporal), así como una mayor predisposición a tener en cuenta las emociones de los demás predijeron altas puntuaciones en SCL. El modelo total explicó un 31% de la varianza de las quejas somáticas adolescentes autoinformadas.

Cuando se realizaron los análisis en función del género en el paso 2, las escalas de estados de ánimo mostraron el mismo patrón: en el caso de las chicas, la Tristeza y el Miedo contribuían a la predicción de quejas somáticas; sin embargo, en el caso de los chicos, todos los estados de ánimo, con la excepción de la Tristeza, contribuían a la predicción. Únicamente la escala de Conciencia Corporal del EAQ, cuando se examinaron de forma separada los chicos y las chicas, contribuyó al modelo total, explicando el 35 y 23% de la varianza, respectivamente.

Cabe destacar que los análisis de regresión también se llevaron a cabo con la edad como covariable, aunque al no realizar ésta ninguna contribución significativa al modelo de regresión se omitió de los resultados aquí presentados.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio era analizar la contribución única de la conciencia emocional a la predicción de las quejas somáticas adolescentes, más allá de la influencia de los estados de ánimo negativo. En primer lugar, cabe destacar que las traducciones de los cuestionarios del holandés e inglés al español fueron correctas, ya que la mayoría de los cuestionarios mostraron buenas propiedades psicométricas y validez de criterio. La estructura factorial de las escalas se ajustó perfectamente, ya que todos los ítems saturaron por encima de .40 en las escalas previstas. La consistencia interna de las escalas se consideró de suficiente a buena, y todas las correlaciones de las escalas mostraron el sentido esperado, confirmando estudios previos (Rieffe et al., 2007b; 2008).

Tal como se esperaba, una mayor frecuencia de estados de ánimo negativos correlacionaba con un mayor número de quejas somáticas, patrón que era de signo contrario en el caso de la Felicidad. A pesar de que todas las escalas contribuyeron de forma única a la predicción de quejas somáticas, parece ser que únicamente la Tristeza y el Miedo lo hacían en el caso de las chicas, mientras que en el caso de los chicos eran todos los estados de ánimo, a excepción de la Tristeza, los que predecían las quejas somáticas. En concreto, el estado de ánimo Enfado se mostró como un fuerte predictor en el caso de los chicos. Estos resultados apoyan las frecuentemente citadas diferencias de género: los chicos muestran

Tabla 3

Correlaciones entre Listado de Quejas Somáticas y las escalas del Cuestionario de Estados de Ánimo y Cuestionario de Conciencia Emocional

	SCL	Tristeza	Miedo	Enfado	Felicidad
SCL		.46**	.40**	.32**	-.26**
Diferenciar	-.32**	-.35**	-.30**	-.18**	.13**
Compartir	-.16**	-.19**	-.17**	-.13**	.17**
No esconder	-.14**	-.16**	-.08*	-.14**	.09
Conciencia corporal	-.34**	-.29**	-.23**	-.16**	.04
Emociones demás	.11*	.03	.04	-.05	.12*
Análisis emociones	-.04	-.04	-.04	-.13**	.13**

* p<.05; ** p<.01

Tabla 4

Análisis de regresión jerárquica para los estados de ánimo y las escalas del Cuestionario de Conciencia Emocional sobre las quejas somáticas adolescentes total y por género (N= 441)

	Población total		
	R^2_{adj}	B	p-val
Paso 1:	.26*		
<i>Escalas estados de ánimo</i>			
Tristeza		.26	.000
Miedo		.21	.000
Enfado		.11	.016
Felicidad		-.09	.045
Paso 2:	.31*		
<i>Escalas estados de ánimo</i>			
Tristeza		.17	.002
Miedo		.17	.000
Enfado		.10	.025
Felicidad		-.11	.010
<i>Escalas EAQ</i>			
Diferenciar		-.08	.069
Compartir		-.02	.666
No esconder		-.05	.290
Conciencia corporal		-.19	.000
Emociones demás		.12	.008
Análisis emociones		-.07	.145

*p<.001

más problemas externalizantes, mientras que las chicas presentan más problemas internalizantes (Lozano y García Cueto, 2000).

Asimismo, la conciencia emocional mostró una contribución única a la predicción de quejas somáticas autoinformadas, más allá del efecto de los estados de ánimo, a pesar de que no todos los aspectos de la conciencia emocional, tal como se reflejan en el EAQ, contribuyeron a ello. La capacidad de identificar y diferenciar emociones, así como localizar sus causas (escala «Diferenciar» del EAQ), la cual por lo general es una de las más poderosas predictoras en el área de la somatización adulta e infantil, no realizó ninguna contribución cuando se tuvieron en cuenta los estados de ánimo negativos, a pesar de su alta correlación con las quejas somáticas. Estudios previos también encontraron una contribución independiente de la escala «Análisis de emociones», del EAQ a la predicción de quejas somáticas (Rieffe et al., 2007b; 2008). Este resultado también aparece en la población española en un análisis de regresión simple, pero la contribución de esta escala desaparece cuando se tienen en cuenta los estados de ánimo negativos.

En definitiva, la relación entre identificación de emociones y predisposición a tener en cuenta las emociones propias, y quejas somáticas, parece estar mediada por los estados de ánimo negativos. Esto sugiere que una incapacidad percibida para identificar las emociones propias, así como una decreciente tendencia a reconocer el valor informacional de las emociones, impide a la persona afrontar de forma adaptativa la situación emocional. Esto traerá como consecuencia la aparición de los estados de ánimo negativos, que ya no se encuentran directamente relacionados con los factores situacionales que producen la activación emocional. Estos estados de ánimo, a su vez, contribuirán a la aparición de más quejas somáticas.

Sin embargo, éste no era el caso de la escala «Conciencia corporal» del EAQ, la cual refleja la tendencia a centrarse en la activación fisiológica durante la experiencia emocional, por ejemplo, ser consciente de la tensión en el estómago cuando se está nervioso justo antes de un examen. En estudios previos (Rieffe et al., 2007b), este factor demostró ser otro fuerte predictor de las quejas somáticas, lo cual demuestra ahora de nuevo, más allá de la contribución de los estados de ánimo, y de forma separada tanto para chicos como para chicas. Asimismo, la predisposición a tener en cuenta las emociones de los demás (escala del EAQ «Emociones de los demás») también contribuyó de forma independiente a la predicción de quejas somáticas, incluso cuando se tuvieron en cuenta los estados de ánimo negativos, tal como demostraban estudios previos (Rieffe et al., 2007b; 2008). No obstante, este efecto únicamente estaba presente para la población total, pero desaparecía cuando se analizaba de forma separada a los chicos y las chicas. Esto puede deberse a una disminución del poder estadístico, aunque estudios futuros deberían tenerlo en cuenta y analizar la solidez de este resultado.

En general, los resultados de este estudio confirman resultados previos (Rieffe et al., 2006; 2007b; 2008), pero también muestran que la conciencia emocional posee una contribución limitada sobre la predicción de las quejas somáticas en adolescentes. A pesar de las altas correlaciones entre diversos aspectos de la conciencia emocional y las quejas somáticas, parece ser que estos efectos están moderados por los estados de ánimo, con la excepción de la tendencia a centrarse en los síntomas físicos durante la experiencia emocional y la predisposición a tener en cuenta las emociones de los demás. Por el contrario, los estados de ánimo parecen no estar influenciados por los diversos aspectos de la conciencia emocional, en cuanto a su valor predictivo sobre las quejas somáticas, lo cual refuerza la hipótesis de que la conciencia emocional precede a los estados de ánimo, los cuales, a su vez, influyen en la percepción que el adolescente posee sobre su salud.

Cabe destacar, no obstante, que este trabajo se basa en datos transversales, lo cual excluye las relaciones causales entre las variables objeto de estudio. Aún así, estudios futuros con datos longitudinales podrían arrojar más luz sobre las relaciones causales que se han comentado en este artículo, al tiempo que podría reforzar nuestro conocimiento sobre la relación entre salud y funcionamiento emocional.

Este trabajo está basado exclusivamente en cuestionarios de autoinforme. Sin embargo, los autores quieren destacar que los informantes poseen un conocimiento directo de sus propios estados internos y, por lo tanto, en vez de extraer la información de otras fuentes, resulta más ventajoso preguntar a los mismos participantes. Además, frecuentemente se ha demostrado que los niños y los adolescentes son mejores informantes que los padres o profesores, en relación a sus propios síntomas internalizantes (DiBartolo y Grills, 2006), lo cual refuerza aún más el uso de medidas de autoinforme.

Asimismo, debe remarcarse que muchos más constructos podrían ser potencialmente interesantes a la hora de mejorar nuestra comprensión de las diferencias individuales en cuanto a las quejas somáticas. Por ejemplo, la sensación de control sobre las situaciones y las emociones, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, la autoestima, y otras cualidades sociales como la empatía o la confianza podrían contribuir a este respecto, siendo valiosa su inclusión en futuros estudios.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido subvencionada por el Ministerio de Educación y Ciencia, proyecto SEJ2006-03593, y por la Fundació Caixa-Castelló Bancaixa, proyecto P1-1B2008-56.

Referencias

- Abad, J., Forns, M., Amador, J., y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self-Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12, 49-54.
- Bhatia, V., y Tandon, R.K. (2005). Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of Gastroenterology and Hepatolog*, 20, 332-339.
- Campo, J.V., Bridge, J., Ehmann, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., et al. (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. *Pediatrics*, 113, 817-824.
- DiBartolo, P.M., y Grills, A.E. (2006). Who is best at predicting children's anxiety in response to a social evaluative task? A comparison of child, parent and teacher reports. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 630-645.
- Edwards, M.C., Mullins, L.L., Johnson, J., y Bernardy, N. (1994). Survey of pediatricians' management practices for recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 241-253.
- Harris, P.L. (1989). *Children and emotion*. Oxford: Blackwell Publishers.

- Jellesma, F.C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., y Kneepkens, C.M.F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 63, 2640-2648.
- Kooiman, C.G., Spinhoven, P., y Trijsburg, R.W. (2002). The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.
- Lambie, J.A., y Marcel, A.J. (2002). Consciousness and the varieties of emotional experience: A theoretical framework. *Psychological Review*, 109, 219-259.
- Lozano, L., y García-Cueto, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12, 340-343.
- Perquin, C.W., Hazebroek-Kampschreur, A., Hunfeld, J.A.M., Bohnen, A.M., van Suijlekom-Smit, L.W.A., Passchier, J., et al. (2000). Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain*, 87, 51-58.
- Petersen, S., Brulin, C., y Bergström, E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain*, 121, 145-150.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., y Bosch, J.D. (2004). Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 31-47.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Bosch, J.D., Kneepkens, C.M.F., Douwes, A.C., y Jellesma, F.C. (2007a). Interaction between emotions and somatic complaints in children that did or did not seek medical care. *Cognition and Emotion*, 21, 1630-1646.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K.V., Cowan, C., Miers, A.C., y Tolland, A. (2007b). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, 43, 95-105.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., y Meerum Terwogt, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A.C., Meerum Terwogt, M., y Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents; the Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, 45, 756-761.
- Scherer, K.R. (2000). Emotion. En M. Hewstone y W. Stroebe (Eds.): *Introduction to Social Psychology: A European perspective* (3rd. ed., pp. 151-191). Oxford: Blackwell.
- Seegerstrom S.C., y Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human immune systems: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Stanford, E.A., Chambers, C.T., Biesanz, J.C., y Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain*, 138, 11-21.
- Sundblad, G.M.B., Saartok, T., y Engstrom, L.M.T. (2007). Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: Age and gender differences. *European Journal of Pain*, 11, 171-180.