



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**FRECUENCIA DE ALEXITIMIA Y SUS FACTORES  
ASOCIADOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA  
TRATADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA,  
PERÚ**

**FREQUENCY AND ASSOCIATED FACTORS OF  
ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA  
TREATED AT A PUBLIC HOSPITAL ON LIMA, PERU**

**ALUMNO(S):**

Kim Leslie Nestares Luna  
Anapaula Olivera García

**ASESOR(ES):**

Jorge Martín Arévalo Flores  
Roberto Huamanchumo Guzmán

LIMA - PERÚ  
2020



## **JURADOS**

- Dra. Elsa Rosa Neira Sánchez
- Dr. Luis Fiestas Teque
- Dr. Edward Antonio Lozano Vargas

## **ASESORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

- Jorge Martín Arévalo Flores
- Roberto Huamanchumo Guzmán

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres y familia quienes nos apoyan día a día de manera incondicional para alcanzar nuestras metas y objetivos en la vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Un especial agradecimiento a nuestros docentes que nos encaminaron a ser mejores profesionales, a nuestros asesores y al Doctor Cesar Loza por el tiempo dedicado y la vocación como docentes durante el proceso de realización del proyecto.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El siguiente trabajo de investigación ha sido financiado por los investigadores.

## **DECLARACIÓN DE LOS AUTORES**

El presente trabajo de investigación es fruto de la dedicación y esfuerzo de los participantes de este proyecto. No hay ningún tipo de conflicto de interés. El estudio va dirigido a la sociedad científica para hacerse buen uso de su información.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b><u>INTRODUCCIÓN .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>MATERIALES Y MÉTODOS .....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>RESULTADOS .....</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>DISCUSIÓN .....</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>CONCLUSIONES .....</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAFÍA.....</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>GRÁFICOS Y TABLAS.....</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b><u>ANEXOS.....</u></b>	<b><u>24</u></b>

## RESUMEN

**Antecedentes.** La fibromialgia se ha visto relacionada a características psicopatológicas. Se han realizado estudios que relacionan la fibromialgia con la alexitimia, así como síntomas depresivos y diferentes variables asociadas que tienen notable impacto sobre la enfermedad. **Objetivos.** Determinar la frecuencia de alexitimia y factores asociados en pacientes con fibromialgia. Determinar la relación entre alexitimia con capacidad funcional, intensidad de dolor, depresión y variables generales (edad, sexo, tiempo de enfermedad, grado de instrucción y años de estudio) en fibromialgia. **Materiales y métodos.** Estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron pacientes con fibromialgia del servicio de reumatología de un hospital público en Lima, cumpliendo los criterios de selección. Se aplicó una ficha sociodemográfica, TAS-20, MD-HAQ y CES-D. Cada método de evaluación aplicado ha sido validado en el Perú. **Resultados.** De los 126 pacientes con fibromialgia se hallaron 60 (47,62%) pacientes con alexitimia, 24 (57,14%) pacientes alexitímicos presentan depresión, 39 (51,32%) pacientes con alexitimia presenta discapacidad funcional, intensidad de dolor tuvo una media  $7,35 \pm 1,83$  en alexitímicos. En alexitímicos: la media de la edad fue  $52,15 \pm 11,42$ , tiempo de enfermedad una media de  $4,46 \pm 4,76$ , la frecuencia en mujeres fue 48,36% y 25% en varones, la frecuencia según grado de instrucción es de 57,75% y 34,55% para secundaria y superior respectivamente. En el análisis multivariado, los años de estudio  $\leq 11$  años fue el único factor relacionado a alexitimia (TAS-20) ( $p=0.010$ , OR: 2.589 [1.249 – 5.365]). **Conclusiones.** Este estudio muestra una frecuencia considerable de alexitimia en pacientes con fibromialgia y se relaciona significativamente con menor años de estudio en el análisis multivariado.

**Palabras clave:** Alexitimia, Fibromialgia, Depresión, Años de estudio

## SUMMARY

**Background.** Fibromyalgia has been related to psychopathological characteristics. Studies says there is a relationship of between fibromyalgia and alexithymia, as well as depressive symptoms and different associated variables that have a significant impact on the disease. **Objectives.** Determine the frequency of alexithymia and associated factors in patients with fibromyalgia. Determine the relationship between alexithymia with functional capacity, pain intensity, depression and general variables (age, sex, time of illness, degree of instruction and years of study) in fibromyalgia. **Materials and methods.** Descriptive cross-sectional study. The study population were patients with fibromyalgia of the rheumatology service of the public hospital on Lima, meeting the selection criteria. A sociodemographic record, TAS-20, MD-HAQ and CES-D will be applied. Each evaluation method applied has been validated in Perú. **Results.** Of the 126 patients with fibromyalgia were 60 (47.62%) patients with alexithymia, 24 (57.14%) alexithimic patients had depression, 39 (51.32%) patients with alexithymia had functional disability, pain intensity has a mean  $7.35 \pm 1.83$  in alexithymics. In alexithymics: the mean of age was  $52.15 \pm 11.42$ , the mean of disease time was  $4.46 \pm 4.76$ , the frequency in women was 48.36% and 25% in men, the frequency according to the degree of instruction was 57.75% and 34.55% for secondary and higher respectively. In the multivariate analysis, the study years  $\leq 11$  years was the only factor related to alexithymia (TAS-20) ( $p=0.010$ , OR: 2.589 [1.249 – 5.365]). **Conclusions.** This study shows a considerable frequency of alexithymia in fibromyalgia patients and is significantly related to shorter years of study in the multivariate analysis.

**Keywords:** Alexithymia, Fibromyalgia, Depression, Years of study



## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad reumatológica caracterizada por la presencia de dolor crónico músculo-esquelético que se presenta de manera difusa, no asociado a compromiso articular (1). Es una enfermedad que afecta al ser humano en el ámbito biológico, psicológico y social. (2) Su diagnóstico es de exclusión de otras enfermedades que puedan confundirse con fibromialgia.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) publicó en 1990 una lista de criterios diagnósticos para fibromialgia que fue actualizada en el 2010 y que ha sufrido una última modificación en el año 2016. Sin embargo, algunos estudios comparativos recomiendan utilizar los criterios del 2016 solo como herramienta de tamizaje, ya que posee una baja especificidad que oscila entre un 44 – 50%. (1)(3)

La prevalencia de esta enfermedad en países desarrollados es de 1- 4%. (4) En un estudio realizado en España (EPISER 2000) se encontró una prevalencia de 2,4% a predominio de mujeres (4,2% frente a 0,2% en hombres) con un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años. (5) En el Perú, se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se comparó la frecuencia de fibromialgia en el año 2009 y 2011 en un policlínico de Lima, en el cual se encontró un aumento en la frecuencia de la enfermedad de 2,33% a 3,44%, siendo una diferencia significativa ( $p < 0,001$ ). (6)

Se ha visto en muchos estudios que la fibromialgia es más prevalente en mujeres que en hombres. En un estudio observacional a lo largo de 2 años en 3 centros de atención primaria en España se evaluó una muestra de 235 personas diagnosticadas con fibromialgia, obteniendo una frecuencia de población femenina de 97,8% con una edad media de 54,6 años. (7) Otro estudio realizado en España reveló mayor frecuencia de fibromialgia en el sexo femenino. Además, al momento de realizar el análisis de varianza

(ANOVA) se encontró que las personas con fibromialgia presentaron mayor índice psicopatológico liderando la somatización, obsesión-compulsión, depresión y ansiedad comparado a aquellas personas que no presentan fibromialgia. (8)

Como podemos observar la fibromialgia es una enfermedad compleja que ha sido asociada a síntomas psicopatológicos que en la mayoría de los casos influyen en el origen y/o desarrollo de la enfermedad. (9) Una de las variables psicopatológicas más estudiada asociada a fibromialgia ha sido la depresión, la cual se ha visto en un alto porcentaje tanto en su forma moderada como severa. (10) Otra característica psicopatológica altamente relacionada a la fibromialgia es la alexitimia. Se ha descrito la alexitimia como una “característica de la personalidad en la cual hay dificultad para identificar y verbalizar emociones”. (11) La persona no tiene suficiente capacidad de identificar sentimientos debido a la interiorización de las emociones, que al procesarlos puede desenlazar, como medio de expresión, en síntomas físicos. (10)

Se ha observado que la frecuencia varía en diferentes poblaciones, por ejemplo, uno de los pocos estudios de Latinoamérica, realizado en Chile, reportó una frecuencia de alexitimia del 10% en la población fibromiálgica estudiada. (12) Avila y col. en Brasil, al estudiar una población de 40 personas, evidenciaron mayor presencia de alexitimia en los pacientes con fibromialgia, comparado al grupo control. (13) Por otro lado, un estudio realizado en México reportó una frecuencia de alexitimia del 64,5%. (14) Referente a los estudios europeos donde se ha realizado más trabajos con respecto a la presencia de alexitimia, en un estudio en Turquía se encontró una frecuencia de alexitimia de 24,29% en pacientes con diagnóstico de fibromialgia lo cual fue significativamente mayor sobre los que no presentaron fibromialgia. (15) Otro estudio que encontró una frecuencia similar a la anterior fue uno realizado en Italia en el año 2012 donde se reportó un 20% de alexitimia dentro de la población con fibromialgia. (16)

Hay estudios que han evaluado la relación de alexitimia con otras variables en la población fibromiálgica, encontrando mayor presencia de depresión, severidad de fibromialgia y menor calidad de vida en términos de dolor, sueño, reacciones emocionales e interacciones sociales. (15)

Martínez y col. encontraron correlación entre dolor y alexitimia, pero no observaron una relación con capacidad funcional. (17) Si bien el estudio anterior concluye que la presencia de alexitimia no es un predictor significativo de la experiencia del dolor; en el estudio de Gálvez y col. se evidencia que la alexitimia se relaciona negativamente con la atención y cognición en pacientes con fibromialgia, siendo esos dos últimos factores importantes al relacionarse con la gravedad del dolor. (9) Horta-Bass y col. encontraron dentro de sus resultados mayor intensidad de dolor, ansiedad, depresión, percepción de discapacidad y menor calidad de vida en personas que padecen fibromialgia y alexitimia comparado a aquellas que solo tienen fibromialgia. (14)

La alexitimia ha tomado importancia durante los últimos años; por lo que no se cuenta con muchos estudios. En Perú no se han encontrado estudios que relacionen fibromialgia y alexitimia, lo cual genera interés de obtener información de dicha relación ya que una frecuencia considerable de alexitimia dentro de la población con fibromialgia podría cambiar la perspectiva del manejo de dichos pacientes.

Los objetivos de este estudio son determinar la frecuencia de alexitimia y sus factores asociados en pacientes con fibromialgia. Además, de hallar la relación entre alexitimia y capacidad funcional, intensidad de dolor, depresión, y variables generales (edad, sexo, tiempo de enfermedad, grado de instrucción y años de estudio) en pacientes con diagnóstico de fibromialgia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del presente estudio es descriptivo transversal en una población de pacientes con fibromialgia del servicio de reumatología del Hospital Cayetano Heredia (HCH).

### 1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de fibromialgia
- Rango de edad: 18 a 65 años
- Pacientes que firmen el consentimiento informado. (Anexo 5)
- Pacientes con grado de instrucción secundaria (incompleta o completa) o superior.

### 2. Criterios de exclusión

- Pacientes con comorbilidades reumáticas (autoinmunes).
- Pacientes con enfermedades metabólicas descompensadas.
- Pacientes con historia de consumo de alcohol y sustancias ilícitas.
- Pacientes con trastornos psicóticos.
- Pacientes con tratamiento psiquiátrico al momento de la evaluación.
- Pacientes con grado de instrucción primaria.

El tipo de muestreo realizado es no probabilístico por conveniencia. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de fibromialgia del servicio de reumatología durante el mes de febrero 2020 que cumplieran con los criterios de selección y firmen el consentimiento informado. El tamaño muestral fue calculado bajo la fórmula donde se estima prevalencia:  $N = \frac{z^2 pq}{E^2}$ . Se considerará un  $p=20\%$ , según los resultados de un estudio previo en Italia (16),  $q=80\%$ ,  $E= \pm 7\%$ . La muestra obtenida fue de 126 pacientes del servicio de reumatología del HCH, diagnosticados con fibromialgia en base a los criterios del 2010 de la Sociedad Americana de Reumatología. Los participantes fueron evaluados con la escala de Toronto para alexitimia (TAS-20), la escala para depresión del centro de

estudios epidemiológico (CES-D) y el cuestionario multidimensional de evaluación de la salud (MD-HAQ) para la valoración de la capacidad funcional.

Las variables independientes fueron:

- a) Alexitimia: Puntaje mayor o igual a 61 con el TAS-20.
- b) Depresión: Puntaje final mayor igual a 29 con el CES-D.
- c) Grado de instrucción: Nivel secundaria o superior. Información obtenida de la ficha sociodemográfica.
- d) Tiempo de enfermedad: Valor en años con respecto al tiempo de enfermedad con diagnóstico de fibromialgia. Información obtenida de la ficha sociodemográfica.
- e) Sexo: Masculino o femenino. Información obtenida de la ficha sociodemográfica.
- f) Edad: Valor expresado en años. Información obtenida de la ficha sociodemográfica.

Las variables dependientes:

- a) Capacidad funcional: valor de la mediana de la primera parte del MD-HAQ menor o igual a 0,4 se considera discapacidad funcional.
- b) Intensidad de dolor: Se usará la escala visual análoga del dolor presente en la segunda parte del MD-HAQ. La cual puntúa una escala del 0 – 10, siendo 10 la escala máxima de dolor.
- c) Síntomas asociados: Cantidad de síntomas del 0 al 60. Se utiliza la tercera parte del MD-HAQ.

Se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Ficha sociodemográfica: Se obtuvo datos como la edad, género, tiempo de enfermedad, tratamiento, comorbilidades, año de instrucción. (Anexo 1)
- Escala de Toronto para alexitimia (TAS-20): Evalúa la presencia de síntomas asociados a la alexitimia. Esta escala examina tres factores principales: capacidad para identificar y describir sentimientos, capacidad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales, capacidad para simbolizar y preferencia en enfocar eventos externos. Se puntúa mediante una escala de 5 puntos para cada ítem, que en total son 20, por lo que el puntaje total puede oscilar entre 20 y 100. Se considera alexitímico a un paciente con puntaje mayor o igual a 61. Validada en Perú por Kendall, R. y Rodríguez, En el año 2003, con un coeficiente de correlación de Pearson: factor 1 (0,747), factor 2 (0,575), factor 3 (0,311); y un alfa de Cronbach de 78%. (18) (Anexo 2).
- Cuestionario multidimensional de evaluación de la salud (MD-HAQ): instrumento usado para evaluar el estado funcional de los pacientes. Consiste en tres partes: 1) versión modificada del HAQ que evalúa aspectos psicológicos del paciente. 2) escalas visuales análogas de dolor, actividad global de la enfermedad y fatiga. 3) información de síntomas generales. El puntaje de la primera parte se obtiene sumando cada ítem (cada uno tiene puntuación del 0 al 3) y dividiendo el total entre 10. Cada escala análoga tiene una puntuación de 0 – 10, siendo 10 la puntuación máxima para cada variable. Fue validada en el Perú el año 2005 en pacientes con artritis reumatoide del hospital nacional 2 de Mayo, por Maldonado (19). El cuestionario tiene viabilidad con un tiempo de llenado de aproximadamente 11.7 min, tiene una validez de criterio superior al 70% al correlacionarlo con la observación

directa. (19) (Anexo 3)

- Escala para depresión (CES-D): escala usada para la detección de trastornos depresivos. Está compuesto por 20 ítems, cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 3, obteniendo en total una puntuación total que va de 0 a 60. Fue validado en el Perú por Ruiz-Grosso y col. en el año 2012, con un alfa de Cronbach (C- de 0.93). El punto de corte utilizado fue  $\geq 29$ . (20) (Anexo 4)

Las coordinaciones para el estudio fueron realizadas con el departamento de investigación y ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Hospital Cayetano Heredia, respectivamente. Asimismo, se coordinó con el jefe del servicio de reumatología del HCH del presente año.

El reclutamiento de los pacientes se realizó los días que presentaban cita en consultorio de reumatología, posterior a la atención dada por el médico tratante. Se solicitó al paciente su consentimiento para ser parte del estudio y disposición para poder desarrollar las evaluaciones correspondientes (TAS-20, CES-D y MD-HAQ). Los investigadores principales revisaron los datos de los participantes con el fin de que se cumpla con los criterios de selección.

La información fue recopilada a una base de datos. Únicamente los investigadores así como los asesores de la investigación tuvieron acceso a esta base de datos. Las fichas de recolección fueron archivadas y guardadas por los investigadores con el fin de mantener la confidencialidad de datos obtenidos. (21) La base de datos virtual es propiedad de los investigadores principales.

Se utilizó el programa STATA 16 para el proceso estadístico de la base de datos obtenida durante el estudio. Luego del análisis en búsqueda de cumplir los objetivos de la investigación, se utilizaron las siguientes técnicas estadísticas:

1. Técnicas estadísticas descriptivas:

Para evaluar la normalidad de las variables, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk.

- Mediana (Me) + Rango intercuartil (RIC): para evaluar variables de distribución no normal.
- Media ( $\bar{x}$ ) + Desviación estándar (S): para evaluar variables de distribución normal.
- Proporciones: para evaluar variables cualitativas como el género.
- Tablas y gráficos

2. Técnicas estadísticas inferenciales:

Se usó la técnica no paramétrica “U” de Mann Whitney para comparar medianas de distribución no normal, y “T de student” para comparar medias de distribución normal.

Se realizó la regresión logística múltiple para estudiar la asociación conjunta entre: capacidad funcional, intensidad de dolor, depresión y características generales con alexitimia, obteniéndose en primer lugar los OR crudos y luego los OR ajustados (para evaluar los factores confusores). Entiéndase OR como medida de asociación, no como riesgo.



## RESULTADOS

Se evaluaron 126 pacientes con diagnóstico de fibromialgia. La frecuencia de alexitimia fue de 47.62%, siendo la media del puntaje del TAS 20 de la muestra 59.4 (DS=12.2). Principalmente, se encontró una población femenina en un 96,83%. La frecuencia de depresión fue de 33,3%. Un 62,7% de la población fibromiálgica presentó comorbilidades y tratamiento farmacológico. El 60,32% de la muestra presentó discapacidad al igual que rigidez matutina. La mediana de la edad de la muestra fue de 53,5 años (46-60,25), la mediana del número de síntomas físicos reportados durante el último mes previo a la evaluación fue 13 (7-22). La mediana del número de años de estudio fue 11 (11-14). La mediana del tiempo de enfermedad expresada en años fue 13 (1,25-5). Todo lo anteriormente mencionado se encuentra en la tabla 1, donde se hace una descripción general de la población estudiada.

En la tabla 2 se hace una descripción de la relación encontrada entre alexitimia y las diferentes variables estudiadas. Al momento de realizar el análisis bivariado se encontró una relación significativa entre la presencia de alexitimia y alguna comorbilidad ( $p=0,047$ , OR= 2,107 [1,009 – 4,399]). Otro resultado significativo fue la relación entre alexitimia y un nivel de grado secundaria (incluyendo tanto personas con secundaria completa como incompleta). No se encontró relación significativa entre alexitimia con depresión y discapacidad, obteniendo un  $p=0,13$  y  $p=0,30$  respectivamente.

La intensidad de dolor tuvo una relación significativa con la presencia de alexitimia ( $p=0,0244$ ). También se encontró una relación significativa entre menos años de estudio y alexitimia ( $p=0,0016$ ). El número de comorbilidades presentes en la población con fibromialgia fue mayor en aquellos pacientes que presentaron alexitimia ( $p=0,0475$ ). Aquellos pacientes que presentaron alexitimia también presentaron mayor intensidad de fatiga ( $p=0,0052$ ). Por último, el número de síntomas reportados durante el último mes

previo a la evaluación fue significativamente mayor en aquellos pacientes que presentaron alexitimia ( $p=0,0027$ ).

Al realizar el análisis multivariado ajustado para las variables que se asumieron como probables factores relacionados a la presencia de alexitimia como: edad, tiempo de enfermedad, presencia de comorbilidades, grado de instrucción y años de estudio, se encontró asociación significativa con años de estudio igual o menor a 11 años ( $p=0.010$ , OR: 2.589 [1.249 – 5.365]).

## DISCUSIÓN

La principal variable estudiada en el presente estudio fue la alexitimia en relación con diferentes variables tanto sociodemográficas como clínicas. Actualmente no se cuenta con muchos datos nacionales con respecto a dicha variable. En el estudio se encontró una frecuencia de alexitimia de 47.62% en pacientes con fibromialgia, menor a la reportada en un estudio mexicano donde encontraron una frecuencia de 64,5%. En contraste a la población del presente estudio, en ese grupo se obtuvo una muestra de 102 pacientes, a partir de los 18 años sin límite de edad máxima, además excluyeron a todo paciente de género masculino y pacientes con enfermedades agudas que podían modificar los síntomas. (14) De manera contraria, la frecuencia reportada en nuestro estudio es superior a lo reportado por Castelli y Di Tella, quienes encontraron una frecuencia de alexitimia de 20% y 25,8% respectivamente, aunque el número de participantes evaluados en el primer estudio fue mucho menor al nuestro (55 vs. 126), no tuvieron un valor máximo de edad como criterio de exclusión y excluyeron a todo paciente que tenga menos de 5 años de estudio. Sin embargo, en el estudio realizado por Di Tella y col. evaluaron una muestra de 159 pacientes, la cual fue levemente mayor a la nuestra. Los criterios de inclusión y exclusión que usaron fueron similares a los del anterior estudio, exceptuando que también excluyeron aquellos pacientes que presentaron enfermedades neurológicas severas. (16)(22) Por lo que se puede observar hay estudios que tienen diferencias comparadas al nuestro, como las muestras utilizadas, lo que podría explicar en cierto grado los diferentes valores hallados. Sin embargo, hay otros estudios donde no hay mayor diferencia con respecto al nuestro pero las frecuencias encontradas son muy diferentes, pudiéndose explicar a partir de las características propias de esa población. Otro estudio que presentó una frecuencia de alexitimia considerablemente menor a nuestro estudio fue uno realizado en Chile, donde la frecuencia de alexitimia fue de 10%. Sin embargo, la muestra utilizada

fue relativamente pequeña (N=30) y utilizaron un test no validado en su población para determinar presencia de alexitimia (TAS-20). (12) Por otro lado cabe mencionar que la frecuencia de alexitimia encontrada es similar a la encontrada en estudiantes de medicina (49%) en Arabia Saudí. (23)

La mayor parte de estudios reportan la media del puntaje del TAS-20, en este estudio la media encontrada fue de  $59.4 \pm 12.2$ , Montoro y col. reportan una media similar de  $57.44 \pm 10.94$ , (24) Garip y col. señalan una media menor de  $41.60 \pm 18.63$ , (15) mientras que Avila y col. encuentran una media de  $52.0 \pm 13.54$ . (13) Hay que señalar que estos 3 últimos estudios tuvieron un grupo control, encontrándose que la diferencia entre las medias era estadísticamente significativa, siendo mayor en pacientes del grupo de fibromialgia.

Una variable fuertemente asociada a alexitimia es la presencia de síntomas depresivos, sin embargo, hasta el momento no se ha podido establecer la naturaleza causal entre dichas variables. Por otro lado, se ha reportado mayor relevancia de dicho vínculo dentro de la población con diagnóstico de fibromialgia. (25) En contraste a lo anteriormente mencionado, en este estudio si bien se encontró mayor porcentaje de depresión en pacientes con fibromialgia este resultado finalmente no fue significativo ( $p=0.130$ ).

Por otro lado, Horta y col. reportaron resultados estadísticamente significativos a la presencia de alexitimia con respecto a las siguientes variables: mayor intensidad de dolor, depresión, percepción de discapacidad y menor calidad de vida. Sin embargo, cuando realizaron el análisis multivariado no hubo resultados estadísticamente significativos para ninguna de las variables mencionadas. (14) En nuestro estudio solo la mayor intensidad de dolor tuvo relación significativa con la presencia de alexitimia comparado a los pacientes que no tienen alexitimia. En la misma línea, Garip y col. reportan que los

pacientes con fibromialgia señalan más dolor en relación a un grupo control ( $6.86\pm 1.58$  vs  $1.80\pm 2.62$ ). (15)

En este estudio se encontró que tener menos años de instrucción académica se relacionó significativamente con la presencia de alexitimia. Se ha encontrado estudios epidemiológicos en los que igualmente se encuentra una relación inversa entre el puntaje de la escala de Toronto de Alexitimia y el grado de instrucción. (26)(27)(28) Kauhanen y col. proponen que “por sentido común” se puede asumir que los años de instrucción proveen las “palabras necesarias para los sentimientos”. Por otro lado señalan que considerando la alexitimia como un rasgo de personalidad podría influenciar negativamente en alcanzar logros académicos en la niñez y adolescencia si se presentan conjuntamente con una alteración cognitiva o que un bajo nivel de alexitimia puede llevar a un mejor desempeño académico. (26)

En Perú, la presencia de un síndrome psicopatológico y menos años de instrucción, también ha sido reportada por Fudino y col. quienes evaluaron ansiedad clínicamente significativa en pacientes con artritis reumatoide, encontrándose que aquellos con ansiedad tenían menos años de instrucción. (29)

Otro de los hallazgos del presente estudio es que los pacientes con alexitimia reportaban mayor número de síntomas en comparación a los pacientes sin alexitimia. Matilla y col. realizaron un estudio poblacional, donde aplicaron los ítems correspondientes a somatización del inventario de síntomas SCL-90 y la escala TAS-20. Este grupo encontró que había una relación significativa entre puntajes del TAS-20 y de la sub-escala de somatización del SCL-90 con un coeficiente de correlación de 0.22 ( $p < 0.001$ ). (28)

Acerca de la presencia de comorbilidades, en este estudio el 62.7% presentaban alguna comorbilidad, mientras que Mur Martí y col. indican que el 94% de pacientes con fibromialgia tenían una comorbilidad asociada. En este mismo estudio, 59,1% usaban

tratamiento farmacológico, (7) mientras que en nuestro estudio el porcentaje era similar (62.7%).

Existen otros estudios donde además de relacionar la severidad del dolor, capacidad funcional y distres afectivo en pacientes con presencia de dolor crónico; también incluyen la relación de las variables mencionadas a la presencia de un evento traumático a lo largo de la vida del paciente. (30) Por lo que se sugeriría realizar estudios similares en nuestra población donde se evalúe la asociación entre fibromialgia, alexitimia y eventos de estrés temprano.

Dentro de las limitaciones, por el diseño de estudio (transversal), no se puede establecer relaciones de causa-efecto. Otra limitación fue que la mayoría de pacientes con diagnóstico de fibromialgia tiene la indicación del uso de amitriptilina, que al ser también un medicamento antidepresivo, podría disminuir la frecuencia de depresión en la población estudiada. Finalmente, si se hubieran incluido pacientes con grado de instrucción primaria probablemente la frecuencia de alexitimia hubiese sido mayor.

## **CONCLUSIONES**

En el estudio, la frecuencia de alexitimia en la población de pacientes con fibromialgia tuvo un valor considerable ya que cerca de la mitad de estos presentó alexitimia. Además, las frecuencias de depresión y discapacidad funcional fueron 33.33% y 60.32% respectivamente.

No se encontró relación entre la presencia de depresión y alexitimia en los pacientes con fibromialgia. Así mismo, la discapacidad funcional tampoco tuvo relación significativa con la presencia de alexitimia.

Dentro de la población alexitímica se encontró significativamente mayor intensidad de dolor. En cuanto a las variables generales la única variable con una relación significativa a la presencia de alexitimia fue los años de estudio, específicamente con años de estudio menor o igual a 11.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moyano S, Kilsteina J, Alegre C. Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?, *Reumatol Clin.* 2015; 11(4), pp. 210-214.
2. Alvarado M, Oliva E. Conocimiento, actitudes y resiliencia respecto a su enfermedad en pacientes con fibromialgia de dos hospitales de Lambayeque [tesis para optar el título de médico cirujano]. Chiclayo (UCSTM): Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. 26p.
3. Ahmed S, Aggarwal A, Lawrence A. Validation of the proposed 2016 revision to 2010 ACR preliminary fibromyalgia diagnostic criteria in a tertiary care setting. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76:388.
4. Alegre Martín José. La Fibromialgia es una entidad primaria del dolor: ¿Hay deterioro cognitivo en la Fibromialgia?. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2008 Sep [citado 2020 Mar 05]; 15(6): 355-357. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462008000600001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000600001&lng=es).
5. Carmona L, Ballina F, Gabriel R. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation – wide study. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60:1040–1045.
6. Quevedo H. Incremento en la prevalencia de fibromialgia en un centro médico: un estudio observacional comparando los años 2009 y 2011. *Interciencia.* 2012; 3(4): 5-9.



7. Mur M, Llordés T, Custal M. Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. *Reumatol Clin*. 2017; 13(5): 252–257.
8. Garaigordobil M, Govillard L. Síntomas psicopatológicos en personas con fibromialgia: una reflexión. *Interdisciplinaria*. 2016; 33(2): 355-374.
9. Galvez C, Reyes G, Duschek S. Cognitive Impairments in fibromyalgia Syndrome: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain, catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in psychology*. 2018; 9(377).
10. Steinweg D, Dallas A, Rea W. Fibromyalgia: unspeakable suffering, a prevalence study of alexithymia. *Psychosomatics*. 2011; 52(3): 255-262.
11. Ricciardi L, Demartini B, Fotopoulou A. Alexithymia in Neurological Disease: A Review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015; 27(3):179–187.
12. Laire X, Rodriguez A, Rodriguez J. Descripción dimensional de rasgos de personalidad en mujeres con diagnóstico médico de fibromialgia. *Revista de Psicología GEPU*. 2012; 3(2): 15-35.
13. Avila L, de Araujo G, Guimarães E. Characterization of the pain, sleep and alexithymia patterns of patients with fibromyalgia treated in a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Reumatol*. 2014; 54(5): 409-413.
14. Horta G, Peláez I, Queipo G. Alexithymia is associated with mood disorders, impairment in quality of life and disability in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2020; 38 (Suppl 123): 17-24.
15. Garip Y, Öztaş D, Bozkurt Ö. Alexithymia in Fibromyalgia Patients and Its Impact on the Quality of Life. *J İstanbul Med*. 2015; 16: 137-140.

16. Castelli L, Tesio V, Colonna F. Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia: prevalence and relation with quality of life. *Clin Exp Rheumatol*. 2012; 30(74): 70-77.
17. Martínez M, Sánchez A, Miró E. Relationships Between Physical Symptoms, Emotional Distress, and Pain Appraisal in Fibromyalgia: The Moderator Effect of Alexithymia. *J Psycho*. 2014; 149(2): 115-140.
18. Kendall R, Rodríguez E. Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en una población de estudiantes universitarios. [tesis para optar el título de especialista en psiquiatría]. Lima (UNMSM): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003.
19. Maldonado M. Validación del MD-HAQ (Multidimensional Health Assessment Questionnaire) en un grupo de pacientes con artritis reumatoide de Hospital Nacional del 2 de Mayo. [tesis para optar el título de especialista en reumatología]. Lima (UNMSM): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
20. Ruiz P, Loret C, Vega J. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: A Comparative Validation Study. *PloS One*. 2012; 7(10): 1-9.
21. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [Revisado 21 Marzo 2017]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

22. Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V. Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *J Affect Disord.* 2017; 208: 87–93.
23. Alzahrani H, Coumaravelou S, Mahmoud I. Prevalence of alexithymia and associated factors among medical students at King Abdulaziz University: a cross-sectional study. *Ann Saudi Med.* 2020; 40(1):55–62.
24. Montoro I, Reyes G, Duschek S. Alexithymia in fibromyalgia syndrome. *Personality and Individual Differences.* 2016; 102: 170–179.
25. Ghiggia A, Romeo A, Tesio V. Alexithymia and depression in patients with fibromyalgia: When the whole is greater than the sum of its parts. *Psychiatry Res.* 2017; 255:195–197.
26. Kauhanen J, Kaplan G, Julkunen J, Wilson T, Salonen J. Social Factors in Alexithymia. *Compr Psychiatry.* 1993; 34(5): 330-335.
27. Lane R, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic Correlates of Alexithymia. *Compr Psychiatry.* 1998; 39(6): 377-385.
28. Mattila A, Kronholm E, Jula A. Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine.* 2008; 70: 716–722
29. Fudino-Villar Y, Salazar-Quiroz J, Wong-Becerra L. Frecuencia de sintomatología ansiosa y sus factores relacionados en mujeres con artritis reumatoide en un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiquiatr.* 2015; 78 (2): 80-85
30. Nicol A, Sieberg C, Clauw D. The association between a history of lifetime traumatic events and pain severity, physical function, and affective distress in patients with chronic pain. *J pain.* 2016; 17(12): 1334-1348.



## GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1. Descripción de la población

		Total n (%)
Sexo	Mujer	122 (96.83)
	Varón	4 (3.17)
Presencia de dolor a la evaluación		115 (91.27)
Comorbilidades		79 (62.7)
Tratamiento farmacológico		79 (62.7)
Discapacidad		76 (60.32)
Rigidez matutina		76 (60.32)
Grado de instrucción	Secundaria	71 (56.35)
	Superior	55 (43.65)
Ocupación	Desempleo	65 (51.59)
	Empleo	61 (48.41)
Alexitimia		60 (47.62)
Depresión		42 (33.33)
		Media (DS)
Intensidad de dolor		6.92 (2.049)
Intensidad de bienestar		6.06 (2.282)
		Mediana (p25 – p75)
Edad (años)		53.5 (46 - 60.25)
Síntomas físicos reportados		13 (7 - 22)
Intensidad de fatiga		7 (5 - 8)
Años de estudio		11 (11 - 14)
Tiempo de enfermedad (años)		3 (1.25 - 5)
Tiempo de rigidez (minutos)		2 (0 - 10)
Número de fármacos consumidos		1 (0 - 2)
Número de comorbilidades		1 (0 - 2)

**Tabla 2. Distribución de acuerdo con la presencia o ausencia de alexitimia**

	Alexitímico n (%)	No alexitímico n (%)	p	OR (IC:95%)
<b>Sexo</b>				
Mujer	59 (48.36)	63 (51.64)	0.346*	0.355 (0.006 – 4.608)
Varón	1 (25)	3 (75)		
<b>Comorbilidades</b>				
Si	43 (54.43)	36 (45.57)	0.047***	2.107 (1.009 – 4.399)**
No	17 (36.17)	30 (63.83)		
<b>Grado de instrucción</b>				
Secundaria	41 (57.75)	30 (42.25)	0.010***	2.58 (1.177 – 5.740)
Superior	19 (34.55)	36 (65.42)		
<b>Dolor a la evaluación</b>				
Si	54 (46.96)	61 (53.04)	0.63***	0.737 (0.168 – 3.091)
No	6 (54.55)	5 (45.45)		
<b>Depresión</b>				
Si	24 (57.14)	18 (42.86)	0.130***	1.77 (0.788 – 4.032)
No	36 (42.86)	48 (57.14)		
<b>Discapacidad</b>				
Si	39 (51.32)	37 (48.68)	0.306***	1.44 (0.667 – 3.189)
No	21 (42.00)	29 (58.00)		
<b>Rigidez matutina</b>				
Si	36 (47.37)	40 (52.63)	0.94***	0.97 (0.449 – 2.119)
No	24 (48.00)	26 (52.00)		
<b>Ocupación</b>				
Empleado	27 (44.26)	34 (55.74)	0.465***	1.29 (0.607 – 2.779)
Desempleado	33 (50.77)	32 (49.23)		
<b>Tratamiento farmacológico</b>				
Si	42 (53.16)	37 (46.84)	0.106***	1.82 (0.824 – 4.091)
No	18 (38.30)	29 (61.70)		

	Alexitímico	No alexitímico	p
	X ± DC	X ± DC	
Intensidad de dolor	7.35 ± 1.83	6.53 ± 2.17	0.0244 ****
Edad	52.15 ± 11.42	52.39 ± 9.59	0.823 *****
Años de estudio	11.16 ± 3.00	12.98 ± 3.21	0.0016 *****
Tiempo de enfermedad (años)	4.46 ± 4.76	5.63 ± 6.94	0.373 *****
Número de comorbilidades	1.26 ± 1.10	0.89 ± 0.99	0.0475 *****
Tiempo de rigidez (minutos)	9.16 ± 15.18	6.60 ± 12.16	0.52 *****
Intensidad de fatiga	6.98 ± 2.22	5.75 ± 2.66	0.0052 *****
Intensidad de bienestar	6.2 ± 2.51	5.93 ± 2.05	0.267 *****
Número de síntomas reportados	18.15 ± 10.50	12.74 ± 8.21	0.0027 *****
Número de fármacos consumidos	1.18 ± 0.99	0.90 ± 1.01	0.086 *****

\**Fisher*

\*\* *Cornfield*

\*\*\**Chi cuadrado*

\*\*\*\* *T de Student*

\*\*\*\*\* *U de Mann Whitney*

## ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

N°	PACIENTE	EDAD	GÉNERO	TIEMPO DE ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	COMORBILIDADES	AÑO DE INSTRUCCIÓN

### ANEXO 2: ESCALA DE TORONTO PARA ALEXITIMIA (TAS-20)

1 Totalmente en desacuerdo	2 Moderadamente en desacuerdo	3 No sé, ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 Moderadamente de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-------------------------------	---	----------------------------	-------------------------

1. A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos	1	2	3	4	5
3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden	1	2	3	4	5
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad	1	2	3	4	5
5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	1	2	3	4	5



7. A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo	1	2	3	4	5
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido	1	2	3	4	5
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar	1	2	3	4	5
10. Es esencial estar en contacto y sentir emociones o sentimientos	1	2	3	4	5
11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente	1	2	3	4	5
12. La gente me pide que explique con más detalles mis sentimientos	1	2	3	4	5
13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí	1	2	3	4	5
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado	1	2	3	4	5
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos	1	2	3	4	5
16. Prefiero ver en la TV programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos	1	2	3	4	5
17. Me es difícil revelar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos	1	2	3	4	5
18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos incluso en momentos de silencio	1	2	3	4	5
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	1	2	3	4	5
20. Buscar el significado profundo de las películas distrae de la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse	1	2	3	4	5

ANEXO 3: “MULTIDIMENSIONAL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE”  
(MD-HAQ)

1. Marque con una (x) en la respuesta (una sola) que mejor refleje sus habilidades.

Durante la última semana fue usted capaz de ...	Sin NINGUNA dificultad	Con ALGO de dificultad	Con MUCHA dificultad	INCAPAZ de hacerlo
Vestirse solo(a) incluso amarrarse los zapatos y abotonarse				
Acostarte y levantarse de la cama?				
Llevarse a la boca una taza o vaso lleno?				
Caminar fuera de casa en un terreno plano?				
Lavarse y secarse todo el cuerpo?				
Agacharse para recoger ropa del suelo?				
Abrir y cerrarla llave del caño				
Subir y bajar de un bus, tren o avión?				
Caminar 3,5 Kilómetros?				
Participar en juegos y deportes como quisiera?				
Tener un sueño reparador				

Controlar los sentimientos ansiedad o nerviosismo?				
Controlar los sentimientos de depresión y melancolía?				

Durante la última semana ¿Cuánto dolor ha sentido debido a su enfermedad? Por favor marca en la línea de abajo para indicar el nivel de severidad de su dolor:

---

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Durante la última semana ¿Se ha sentido rígido(a) al levantarse por las mañanas?

SI

NO

Si su respuesta es “NO”, pase por favor a la pregunta 4 Si su respuesta es “SÍ”, escriba por favor el número de minutos \_\_\_\_\_, o el número de horas \_\_\_\_\_ que le toma llegar a tener la flexibilidad que tendrá por el resto del día.

---

Durante la última semana ¿cuán problemáticos han sido para ud. síntomas como fatiga o cansancio INUSUAL?, por favor coloque una marca en la línea de abajo:

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Cómo se siente HOY comparativamente a \_\_\_\_\_ como se sentía hace una semana? Marque sólo uno:

Mucho mejor \_\_\_\_ (1), Mejor \_\_\_\_ (2), Igual \_\_\_\_ (3), Peor \_\_\_\_ (4), Mucho peor \_\_\_\_ (5)

---

1. Considerando todas las formas en las que sus enfermedades pueden afectarlo(a) en este momento, coloque una marca en la línea de abajo para mostrar cómo se está sintiendo:

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

2. ¿Cuál es su enfermedad reumática principal? Por favor marque (X) un solo casillero:

- a. No estoy seguro(a)
- b. Artritis reumatoide
- c. Osteoartritis
- d. Fibromialgia
- e. Alguna prueba de laboratorio positiva
- f. Otro \_\_\_\_\_

3. ¿En qué año tuvo ud.el primer síntoma de su enfermedad? \_\_\_\_\_ .

4. ¿Cuál es la razón principal por la que ud.está consultando a un reumatólogo el día de hoy?  
\_\_\_\_\_ .

5. Por favor marque con una (x) si usted ha tenido alguno de las siguientes molestias DURANTE EL ÚLTIMO MES:

- Fiebre
- Diarrea
- Aumento de peso (> 5Kg)
- Heces oscuras o sanguinolentas
- Pérdida de peso (>5kg)
- Dolores de cabeza
- Sensación de estar enfermo
- Problemas al orinar
- Fatiga inusual
- Problemas ginecológicos (mujeres)
- Hinchazón de glándulas salivales
- Mareos
- Pérdida de apetito
- Perder de equilibrio
- Manchas o ronchas en la piel
- Dolores o calambres musculares
- Moretones o sangrado inusual
- Debilidad muscular
- Otros problemas de la piel
- Parálisis de brazos o piernas
- Pérdida de cabello
- Adormecimiento u hormigueo de brazos o piernas
- Problemas para escuchar
- Nariz tupidada
- Zumbido de oídos
- Desmayos súbitos
- Úlceras en la boca
- Hinchazón de manos
- Boca seca

- Hinchazón de tobillos
- Problemas con el olfato o gusto
- Hinchazón de otras articulaciones
- Sensación de nudo en la garganta
- Dolor articular
- Tos
- Dolor de espalda
- Sensación de falta de aire
- Dolor de cuello
- Silbido en el pecho
- Fumar cigarros
- Dolor en el pecho
- Más de dos bebidas alcohólicas por día
- Palpitaciones
- Depresión, melancolía
- Dificultad para pasar alimentos
- Ansiedad, sentirse nervioso
- Acidez o gases en el estómago
- Problemas para concentrarse
- Dolor estomacal o cólico
- Problemas de memoria
- Náuseas
- Problemas para dormir
- Vómitos
- Problemas sexuales
- Estreñimiento
- Quemazón en órganos sexuales
- Sequedad en los ojos
- Problemas con las actividades sociales
- Otros problemas en los ojos
- Uso de drogas no vendidas en tiendas

Por favor, marque aquí (X) si no ha tenido ninguno de los síntomas antes mencionados  
\_\_\_\_\_.

6. ¿Cuál es su ocupación actual? (si ud no está trabajando ahora, cuál fue su última ocupación?)

\_\_\_\_\_

7. ¿Cuántas personas viven con ud en casa? \_\_\_\_\_; por favor marque (X) las personas que viven con ud:

- esposo(a)/ pareja
- padres
- vive solo(a)
- hijos
- otros (describa) \_\_\_\_\_

8. En este momento ¿es / está ud (marque por favor con (X)

- trabajando a tiempo completo?  
 retirado?  
 trabajando a tiempo parcial?  
 estudiante?  
 ama de casa a tiempo completo?  
 discapacitado?  
 otros? (describa) \_\_\_\_\_

9. ¿Cuántos años de educación formal ha completado? (por favor ponga un círculo en el número de años)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19  
20

ANEXO 4: Test de depresión (CES-D)

<b>Durante la semana pasada hasta el presente:</b>	<b>Raramente o ninguna vez (menos de un día)</b>	<b>Alguna o pocas veces (1-2 días)</b>	<b>Ocasionalmente o una cantidad moderada (3-4 días)</b>	<b>La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)</b>	<b>No sabe</b>	<b>No contesta</b>
<b>Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.</b>						
<b>No me sentía con ganas de comer: tenía mal apetito.</b>						
<b>Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aun con la ayuda de mi familia o amigos.</b>						
<b>Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.</b>						

<b>Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.</b>						
<b>Me sentía deprimido.</b>						
<b>Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.</b>						
<b>Me sentía optimista sobre el futuro.</b>						
<b>Pensé que mi vida había sido un fracaso.</b>						
<b>Me sentía con miedo.</b>						
<b>Mi sueño era inquieto.</b>						
<b>Estaba contento.</b>						
<b>Hablé menos de lo usual.</b>						
<b>Me sentí solo.</b>						
<b>La gente no era amistosa.</b>						
<b>Disfrute de la vida.</b>						
<b>Pase ratos llorando.</b>						
<b>Me sentí triste.</b>						
<b>Sentía que no le caía bien a la gente.</b>						
<b>No tenía ganas de hacer nada.</b>						